IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

Vol. XXX — Anno 1923

ROMA

N. 14 – Via Sistina – N. 14

1923

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1923

Agostini dott. Marcello - Roma.
Amantea prof. Fausto - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Antoniotti dott. Renato - Spezia.
Antonucci dott. Cesare - Roma.
Arcangeli prof. Uberto - Roma.
Artom prof. Gustavo - Roma.
Artom dott. Mario - Alessandria.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascarelli dott. Arnaldo - Roma.
Ascoli prof. Alberto - Modena.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Ballerini dott. Enrico - Roma.
Baggio prof. Gino - Roma.
Bagliani dott. Mario - Novara.
Balsamo dott. Michele - Arezzo.
Barduzzi prof. Domenico - Siena.
Barzilai dott.ssa Gemma - Roma.
Basile prof. Carlo - Roma.
Belloni dott. Giuseppe - Brescia.
Bellussi prof. Angelo - Roma.
Bernardini dott. Bernardo - Pescia.
Bersani dott. Igino - Cuneo.
Bertaccini dott. Giuseppe - Genova.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Bile prof. Silvestro - Napoli.
Blandini dott. Nino - Napoli.
Bonfiglio dott. Francesco - Roma.
Borgogno dott. Marco - Alessandria.
Bortolucci dott. Pier Giuseppe - Modena
Bosellini prof. Pier Luigi - Pisa.
Bottaro dott. Gaetano - Genova.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Brendolan dott. Gile - Schio.
Brotzu dott. Giuseppe - Cagliari.
Bruni dott. Enrico - Roma.
Bussa-Lay dott. Enrico - Asmara.
Caccini dott. Vittorio - Osimo.
Candela dott. Attilio - Arcevia.
Cantalamessa-Carboni dott. Lauro - Monte S. Savino.
Cantelli prof. Oreste - Bologna.
Cappelli dott. Luigi - Roma.
Capuani dott. Gian Franco - Galliate
Carbone prof. Domenico - Milano.
Cardarelli dott. Aldo - Roma.
Cardini prof. Massimiliano - Pisa.
Carducci prof. Agostino - Roma.
Carnelli dott. Riccardo - Modigliana.
Carpi prof. Umberto - Milano.
Carrara prof. Mario - Torino.
Casagrandi prof. Oddo - Padova.
Casarini prof. Arturo - Roma.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Castaldi prof. Luigi - Firenze.
Catterina dott. Attilio - Genova.
Catteruccia dott. Crispo - Magliano Sabino.
Ceresoli dott. Adriano - Milano.
Cevelotto dott. Giorgio - Padova.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chistoni prof. Alfredo - Napoli.
Ciaprini dott. Gino - Aquila.
Ciotola dott. Alberto - Roma.
Cipolla dott. M. - Catania.
Ciulla prof. Mario - Palermo.
Clara dott. Pilade - Comazzo.
Collina dott. Mario - Roma.
Corinaldesi dott. Silvio - Chiari.
Cortesi prof. Fabrizio - Roma.
Curcio prof. Attilio - Napoli.
Curti dott. Eugenio - Brescia.
Dalla Vedova prof. Riccardo - Roma.
D'Amato prof. Vincenzo - Roma.
De-Benedetti dott. S. - Sassari.
De Blasi dott. Alberto - Taviano.
De Blasi prof. Dante - Napoli.
De Favento dott. Piero - Trieste.
Dellavalle dott. Michele - Cavallermaggiore.
Del Rio dott. Dario - Modena.
De Sanctis prof. Sante - Roma.
De Sanctis Monaldi dott. Tullio - Roma.
De Vincentis dott. Marco - Aquila.
Di Blasio dott. Antonio - Civitanova
Di Pace prof. Ignazio - San Marco in Lamis.
Dominici prof. Leonardo - Roma.
Dondero dott. Primo Antonio - Milano.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Enderle dott. Carlo - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Fiamberti dott. Mario - Brescia.
Filè-Bonazzola prof. Alfredo - Milano
Filippella dott. Pietro - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorentini dott. Augusto - Roma.
Foà prof. Carlo - Padova.
Fornara dott. Piero - Novara.
Franchini prof. Filippo - Bologna.
Francini prof. Metello - Fivizzano.
Fricke dott. Winfried - Norimberga.
Fulchiero dott. Antonio - Torino.
Fumarola prof. Gioacchino - Roma.
Gaeta dott. Giovanni - Roma.
Gaifami prof. Paolo - Roma.
Galatà dott. Guglielmo - Roma.
Galli prof. Giovanni - Lecco.
Genoese prof. Giovanni - Roma.
Gentile R. - laureando - Pavia.
Ghedini prof. Giovanni - Padova.
Ghiron prof. Mario - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Gilberti prof. Pietro - Clusone.
Gioseffi dott. Mauro - Parenzo.
Gismondi prof. Alfredo - Genova.
Gobbi dott. Luigi - Modena.
Grassi prof. Battista - Roma.
Grego dott. Ferruccio - Trieste.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Gualdi prof. Tito - Roma.
Guerricchio dott. Antonio - Matera.
Gussio prof. Sebastiano - Roma.
Hajòs dott. Carlo - Budapest.
Ilvento prof. Arcangelo - Roma.
Jura dott. Vincenzo - Roma.
Knopf prof. S. Adolphus - New York.
Laurenti prof. Temistocle - Roma.
Lavezzi dott. Giovanni - Venezia.
Leccisotti dott. Giulio - Roma.
Lega dott. Giulio - Roma.
Levi dott. Italo - Trieste.
Lichtenberg (von) prof. Alessandro - Berlino.
Licini prof. Cesare - Ortona a Mare.
Lollini dott.ssa Clelia - Hauteville (Francia).
Lucherini dott. Tommaso - Roma.
Maestrini prof. Dario - Roma.
Magaudda dott. Paolo - Messina.
Manginelli prof. Luigi - S. Paulo (Brasile).
Marchini dott. Franco - Fano.
Mariconda prof. Paolo - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Roma.
Marino dott. Salvatore - Roma.
Marogna dott. Pietro - Genova.
Marsella dott. A. - Berlino.
Masci prof. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Massini prof. Carlo - Genova.
Matronola dott. Girolamo - Roma.
Meineri dott. Pier-Angelo - Torino.
Micheli prof. Cesare - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Mingazzini dott. Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Montanari dott. Manlio - Comacchio.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Mosti dott. Renato - S. Gimignano.
Neumann dott. Adolfo - Vienna.
Niceforo prof. Alfredo - Napoli.
Nicolis dott. S. - Belluno.
Ovazza dott. Vittorio Emanuele - Fiumicino.
Padovani dott. Emilio - Ferrara.
Palladini dott. Arnaldo - Roma.
Pallestrini dott. Ernesto - Alessandria.
Pansini dott. Girolamo - Napoli.
Pantaleoni dott. Pio - Forlì.
Para dott. Paolo - S. Piero in Bagno.
Parlavecchio dott. Alfredo - Roma.
Parodi dott. Felice - San Remo.
Pasini prof. Agostino - Milano.
Pecori prof. Giuseppe - Roma.
Pellegrini dott. Augusto - Chiari.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Periti dott. Enrico - Firenze.
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Pezzotti dott. Lorenzo - Vicenza.
Piccaluga dott. Nino - Roma.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Pietravalle dott. Nicola - Roma.
Pilotti prof. Giovanni - Roma.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pirondini prof. Eugenio - Roma.
Pisani dott. Domenico - Roma.
Pittarelli dott. Emilio - Chieti.
Podestà dott. Gian Battista - Genova.
Poletti dott. Gian Battista - Pontremoli.
Pollettini dott. Bruno - Pisa.
Pollara dott. Dante - Trapani.
Polleri dott. Pio Mariano - Sampierdarena.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Puccioni prof. Giuseppe - Roma.
Pulvirenti dott. Salvatore - Roma.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Raimoldi prof. Gustavo - Roma.
Rapisardi dott. Salvatore - Roma.
Reh dott. N. - Ginevra.
Reina dott. Guido - Pavia.
Reitani dott. Ugo - Mogadiscio.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Ricci prof. Omero - Roma.
Righi dott. Ugo - Modena.
Risigari dott. Luigi - Trieste.
Rivalta prof. Fabio - Roma.
Roasenda prof. Giuseppe - Torino.
Rolle dott. G. - (medico di bordo).
Romano dott. Gennaro - Napoli.
Romano dott. Salvatore - Trieste.
Ronchetti prof. Vittorio - Milano.
Rosica dott. Alfredo - Chieti.
Rossi dott. Francesco - Eremo di Lanzo.
Rotondano dott. Pietro - Trecchina.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sabatucci prof. Francesco - Roma.
Sacco dott. Rosario - Catanzaro.
Sacconaghi prof. Giulio L. - Brescia.
Sadnig dott. Giovanni - Basovizza.
Sala dott. Armando - Ronciglione.
Salvo dott. Vito - Trapani.
Salvolini dott. Urbano - Ancona.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Saraceni prof. Filippo - Roma.
Sartogo dott. Antonio - Cividale.
Sartorelli dott. Emilio - Pavoletto.
Scalas dott. Luigi - Cagliari.
Schiboni prof. Luigi - Roma.
Sciaky dott. Enrico - Salonicco.
Sciarra dott. Olinto - Napoli.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Segrè dott. Mario - Modena.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sereni dott. Enrico - Roma.
Sgambati prof. Oreste - Roma.
Siligato dott. Antonio - Roma.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Speciale dott. Francesco - Palermo.
Spolverini prof. Luigi M. - Pavia.
Stephani dott. G. - Svizzera.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Terzaghi prof. Roberto - Roma.
Tiberio dott. Leonardo - Casalbordino.
Timossi dott. Giovanni - Genova.
Traina dott. Salvatore - Roma.
Tramonti prof. Ernesto - S. Paolo (Brasile).
Trenti dott. Enrico - Roma.
Trogu dott. Gaetano - Cremona.
Tusini prof. Giuseppe - Genova.
Urbani dott. Lucio - Roma.
Vallardi prof. Carlo - Milano.
Vanni dott. Vittorio - Roma.
Vanzetti prof. Ferruccio - Torino.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vidal dott. Vittorio - Udine.
Vitetti dott. Giuseppe - Roma.
Zardo dott. Emilio - Lomazzo.
Zeri prof. Agenore - Roma.
Zuccòla prof. Pier Francesco - Cuneo.

INDICE GENERALE

Vol. XXX - 1923

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

Pag.

Arcangeli U.: Sulle febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta 329, 361
Bonfiglio F.: Reperti del liquor in conigli normali 825
Cantelli O.: Intorno al «Fenomeno degli occhi di bambola» 265, 302
Carpi U.: Sul valore clinico della ricerca dei fermenti triptici nelle feci 1057
Cassuto A.: Alcune indicazioni alla pielografia (con appunti di tecnica) 1345
Chiasserini A.: Studi sperimentali sull'idrocefalo 73
Curcio A.: Sulle esostosi funzionali . . . 1089
De Blasi D.: Sul fenomeno paradosso nella reazione di Wassermann 1549
De Faventa P.: I sali di bismuto nella cura della sifilide 233
Dondero A. P.: Cause di errore nella diagnosi radiologica della calcolosi delle vie urinarie 169
Doria R.: La pressione arteriosa nella scarlattina 1185
Fiorentini A.: La circonina nella cura della malaria dei bambini 1025
Jura V.: Sulla termoprecipitoreazione Wiget-Ascoli nella diagnosi di tubercolosi renale 1153
Leccisotti G.: La vaccinazione antirabica col metodo dei vaccini fenicati a crescente virulenza. Statistica del primo biennio di applicazione 1517
Pansini G.: Sulle modificazioni indotte dal tempo nei sieri in rapporto alla reazione Wassermann 41
Parodi F.: Il meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale in base alle osservazioni anatomo-patologiche 489
Parodi F.: Il valore della intradermoreazione regionale per la diagnosi di evoluzione di focolaio nella tubercolosi chirurgica 1121
Pecori G.: Il metodo di Langer e Krüger per la diagnosi batteriologica rapida della difterite 553
Periti E.: Lo schema di Arneth nella leucocitosi da processi suppurativi 721
Polettini B.: Un metodo semplice per l'isolamento del pneumococco 889
Racchiusa S.: Prime ricerche di ematologia chimica sulle costituzioni 1653
Sabatini G.: La determinazione quantitativa dei pigmenti biliari nelle orine 681
Sabatini G.: Sui fenomeni d'inversione nell'encefalite epidemica 2
Sacconaghi G. L.: Il «solco trasversale sopra-ipogastrico» su la superficie anteriore convessa dell'addome tumescente, segno di ascite 993
Sacconaghi G. L.: L'«epechèsi ossitonica» elemento essenziale dell'egofonia 961
Salvo V.: Anastomosi deferenziale 521
Saraceni F.: Le cause di errore nell'esame radiologico della colonna vertebrale ed i mezzi per evitarle 585
Scalas L.: Il coefficiente uroemolitico nelle malattie epatiche 857
Siligato A.: Contributo alla conoscenza della tecnica e del significato dell'indice antiemolitico urinario 1217
Spolverini L. e Gentile R.: L'esame ultramicroscopico del sangue in relazione al genere di allattamento 1313
Taddei D.: Il segno della faccia piana posteriore nei tumori benigni sottocutanei . 425
Taddei D.: L'incisione declive nella cura dell'empiema toracico 105
Traina S.: La reazione di Schick negli adenoidei 1617
Trenti E.: Reazioni cutanee nell'infezione da micrococco melitense 1249

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Pag.

Baggio G.: Scialoadenite cronica fibrosa della sottomascellare da arista di grano . . 137
Belloni G.: Le iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie 1525
Belloni G.: Su di un raro caso d'infezione Eberthiana 1163
Bernardini B.: Contributo allo studio della commozione cerebrale 397
Bilancioni G.: Mastoiditi primitive influenzali 140
Bile S.: Un caso di ernia di Laugier operata radicalmente con attorcigliamento del sacco 661
Blandini N.: Un caso di appendicocele strozzato 1590
Brendolan G.: Due fistole vescico-vaginali susseguenti ad una comune forcella da capelli in vescica 1064
Brendolan G.: Su di un caso di stenosi pilorica di origine biliare 1587
Brotzu G.: Un caso di febbre ricorrente in Sardegna 1353
Bussa-Lay E.: Intervento cesareo eseguito con mezzi insufficienti. Guarigione della madre. Sopravvivenza del feto 1126
Caccini V.: La guarigione della peritonite acuta purulenta diffusa con iniezioni endoperitoneali di etere solforico 558, 590
Cantalamessa-Carboni L.: Contributo alla questione della enterostomia nella peritonite acuta 926
Carnelli R.: Considerazioni sopra 15 casi di ernia ombelicale 649
Catterina A.: Ernia crurale appendicolare strozzata 664
Catteruccia C.: L'insufflazione gassosa in un caso di occlusione intestinale 929
Ciotola A.: Della cura dell'ascesso epatico amebico 1655

	Pag
De Blasi A.: Megacolon congenito con eviscerazione	1127
Dellavalle M.: Un caso di appendicite erniaria	665
Di Blasio A.: Pielotomia per calcolosi renale	51
Filippella P.: Ricerche su tre casi di «febbre eruttiva»	270
Fornara P.: La reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano	793, 830
Fornara P.: Un caso di ematuria da strongiloide intestinale	75
Francini M.: Sulla sclerosi del mesocolon trasverso nell'ulcera duodenale	924
Fulchiero A.: Sindrome di Addison e malaria	426
Gaeta G.: Fibroma del legamento rotondo	177
Gobbi L.: Sarcoma fibro-plastico della fascia lata	1281
Grego F.: Sopra due casi di anemia perniciosa	7
Guerricchio A.: Sopra un caso di degenerazione genito-sclerodermica	970
Lavezzi G.: Una rara complicanza cerebrale in un caso di gravidanza extrauterina	175
Licini C.: Ernia incarcerata (ovaio) del canale di Nuck	667
Licini C.: Pseudosigmoidite in uretrocistite complicata con ascesso iliaco da anaerobii	1062
Licini C.: Sui rapporti fra traumi e tumori	240
Lucherini T.: Encefalite letargica a sindrome parkinsoniana acuta con esito di guarigione	108
Magaudda P.: Sulla mioclonia di Unverricht	686
Marchini F.: Cisti dermoide del dorso del naso	1422
Marinacci S.: Usura di un'ansa intestinale aderente alla cicatrice cesarea per effetto dell'azione distruente dei villi coriali. Enterorragia sintomatica	921
Masci B.: Meningite acuta sifilitica nel periodo secondario precoce	1322
Meineri P. A.: Sopra un caso di diabete mellito sifilitico	307
Nicolich G.: Carcinoma della prostata curato col radio	494
Pallestrini E.: Considerazioni sull'ernia crurale vaso-lacunare	656
Pantaleoni P.: Un caso di chiluria nostrale	1622
Para P.: Sopra una rara lesione della vescica urinaria	496
Pellegrini A.: Angiectasie a corona toraco-basilari	530
Polleri P. M.: Sopra un caso di meningite acuta sifilitica in periodo terziario	1318
Reitani U.: Sopra un caso di polineurite malarica grave	1351
Ronchetti V.: Cisti del pancreas	994
Sala A.: Disarticolazione atipica intertibio-astragalica con lembo osteoplastico calcaneo plantare unico	1031
Sartogo A.: Il processo morboso della calcolosi vescicale	1062
Sartorelli E.: Sopra un caso di adiposi postencefalitica	624
Schiboni L.: Contributo allo studio clinico e anatomo-patologico dei tumori cistici del cervello	1381
Sciaky E.: Calcolosi prostatica	1061
Sebastiani A.: Sul «flutter» auricolare	761
Segrè M.: Ancora sulla patogenesi dell'idrocele essenziale	368
Speciale F.: Contributo allo studio dell'ipernefroma	207
Tiberio L.: Sopra un caso di meningite così detta sierosa	727
Trogu G.: Contributo allo studio della frattura del rene	1551
Vidal V.: Sopra un caso di megasigma	891
Zuccòla P. F.: Contributo all'opoterapia dello scleroderma	966

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

	Pag.
Bottaro G.: Una modificazione all'apparecchio ordinario per la proctoclisi	728
Cappelli L.: Nuovo sistema (mobile) e nuovi apparecchi per radiumterapia	242
Galatà G.: Sega circolare chirurgica	1067
Raimoldi G.: Un cistouretroscopio guidato	998
Raimoldi G.: Un ureometro pratico per la misura dell'urea nel sangue e nelle urine	1129
Vanni V.: Sopra un dispositivo semplicissimo per ultramicroscopia	177

NOTE DI TECNICA.

	Pag.
Antonucci C.: Proposta di un perfezionamento nel trattamento ideale delle cisti da echinococco sterili del polmone	798
Balsamo M.: Per un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace Forlanini	399
Galli G.: Un pratico rivestimento del manicotto per la pressione sanguigna	629
Pergola M.: La provvista di siero di sangue per la preparazione di substrati culturali	206

CONTRIBUTI ORIGINALI VARI.

	Pag.
Artom M.: Sul valore dei preparati bismutici nella terapia della sifilide nervosa. (Ricerche sperimentali sul liquido cefalo-rachidiano)	527
Bagliani E.: La reazione novocaino-formalinica di Costa in alcuni gruppi di malattie	1657
Barduzzi D.: A proposito della genesi della sifilide e della sua invasione in Italia	77
Barduzzi D.: Galeno e Galenismo	1355
Bertaccini G.: Un raro accidente da arsenobenzolo. Cinque casi seguiti ad uso di fiale della stessa serie	690
Borgogno M.: La terapia calcica nella tubercolosi	627
Bortolucci P. G.: Contributo alla terapia delle tubercolosi chirurgiche	1254
Carbone D.: Il meccanismo della crisi pneumonica	1628
Castagna P.: La terapia della eresipela. (Studio clinico sperimentale)	1398, 1399
Ciaprini G.: Contributo clinico-statistico sulle rachianestesie ed anestesie locali praticate presso l'Infermeria presidiaria di Aquila	111
Clara P.: Sopra una piccola epidemia di stomatiti aftose	1123
Del Rio D.: Nuovo segno della predisposizione alle malattie subacute del torace e conseguenti applicazioni pratiche	1553
Di Pace I.: A proposito dell'urobilinuria nella diagnosi della malaria latente	894
Filippella P.: Contributo allo studio sulla terapia della malaria con la cinconina	464
Fricke W.: L'Esperanto ed i medici	629
Gaeta G.: Un nuovo sistema nella calcolosi vescicale	372
Gilberti P.: Operandi ed operati. (A proposito di cura pre- e post-operatoria)	335
Gioseffi M.: Il morso della vipera. Sintomatologia. Cura. Profilassi	1423
Gioseffi M.: Un esperimento di disinfestazione del suolo con l'acido cianidrico	862
Gismondi A.: Pratica pediatrica e pregiudizi medici	1059
Hajòs K.: Il trattamento delle ossiurasi col Salvarsan	334
Licini C.: Sulla rachiostovainizzazione	767
Maestrini D.: Su alcune modificazioni al metodo volumetrico del Fehling, per la determinazione degli zuccheri	432
Mariconda P.: Contributo alla conoscenza della malattia del Marchiafava. (Degenerazione del corpo calloso)	860

Pag.

Marogna P.: Contributo allo studio della infezione malarica in chirurgia 498
Montanari M.: L'infezione malarica nella chirurgia 1099
Monteleone R.: Le iniezioni intravenose di cloruro di calcio contro il vomito e la diarrea dei tubercolosi 48
Mosti R.: Contributo alla nefro-colonpessia combinata per via lombare col metodo del Donati 1224
Ovazza V. E.: Influenza della malaria in chirurgia 1100
Pezzotti L.: Su alcuni rumori accidentali nell'ascoltazione degli apici polmonari . . . 1220
Pirondini E.: La prova della galattosuria nella insufficienza renale 973
Pisani D.: Sulla masturbazione infantile . . 997
Pittarelli E.: I paramidofenoli nella ricerca e nella distinzione dell'idrogeno solforato e dell'acido iposolforoso nei liquidi organici 80
Podestà G. B.: Osservazioni sulla ricerca del Treponema pallidum mediante la puntura delle linfoghiandole e dei tessuti 273
Poletti G. B.: Contributo allo studio delle alterazioni endorali in gravidanza e puerperio 13
Pollara D.: Per una più coordinata lotta contro la tubercolosi 770
Rapisardi S.: A proposito dell'influenza del calcio nel processo di fissazione del complemento 930
Ricci O.: Relazione medica su di una campagna antimalarica nel suburbio di Roma 337
Roasenda G.: Antofagia ed automutilazioni in paralitici ed epilettici 594
Rolle G.: Dopo un viaggio Genova-Bombay. Proposte per il miglioramento del servizio sanitario a bordo 1594
Rosica A.: La difesa sociale contro il tracoma 595
Rosica A.: Sierovaccinoterapia nella congiuntivite gonococcica 723
Sacco R.: Larve di mosche nel condotto uditivo esterno 210
Sciarra O.: L'azione antiluetica del bismuto è indipendente dalla sua influenza sulle sieroreazioni positive (Wassermann, Sachs-Georgi, ecc.) 1389
Stephani J.: Sul trattamento del mal di mare 1530
Zuccòla P. F.: A proposito della cura arsenicale 1284

LEZIONI E CONFERENZE, PROLUSIONI.

Pag.

Bosellini P. L.: Per un razionale indirizzo dermatologico 457
Foà C.: Recenti vedute sugli ormoni sessuali 89
Ghedini G.: Le sindromi cliniche delle eritroblastosi 931
Halban J.: Il climaterio 1003
Knoff S. A.: Un coadiuvante fisiologico alla cura del riposo nella tubercolosi dei polmoni 142
Lichtemberg A.: I risultati della pielografia 1325
Taddei D.: Esiste l'appendicite cronica fin dal suo inizio? 297

QUESTIONI DEL GIORNO. RIVISTE SINTETICHE.

Pag.

Antoniotti R.: Sulla cosidetta « rigidità extrapiramidale » 81
Bersani I.: Parkinsonismo post-encefalitico 201, 236
Carpi U.: Sulla frenectomia 1651
Filippini A.: Il ciclo dell'infestione da ascaridi e da ossiuri 1256
Fumarola G.: Sindrome chiasmatica nelle affezioni dell'ipofisi 897
Levi I.: Pericoli da arsenobenzoli e profilassi 1415
Lollini C.: Il problema dei rapporti fra tubercolosi e gravidanza in Francia . . . 1287
Manginelli L.: Delle stipsi chirurgiche. (Ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali) 393, 433
Marino S.: Il diabete zuccherino ed il suo trattamento con l'insulina 1193
Masci B.: La diagnosi di cisti idatidea del lobo superiore del polmone 617
Monteleone R.: La cura della paralisi progressiva con l'inoculazione della malaria . 1392
Pasini A.: Il bismuto nella cura della sifilide 1581
Romano G.: Il cancro 692
Rossi F.: Le emottisi ed il loro trattamento 1091
Sulla radioterapia della malaria 53

COMMENTI, POLEMICHE, RIVENDICAZIONI.

Pag.

Ascoli A.: Quale parte spetta a Carlo Moreschi nella reazione della deviazione del complemento? 60
Bilancioni G.: Sindrome di Gradenigo e canale di Dorello 21
Capuani G. F.: Su un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace artificiale . . 562
Corinaldesi S.: Sul pneumotorace Forlanini 729
Curti E.: A proposito di intasamento dell'ago durante la cura col pneumotorace Forlanini 730
Franchini F.: Esiste in Italia la dissenteria amebica? 1556
Ilvento A.: Alcuni rilievi sull'epidemiologia e sulla cura della peste bubbonica . . . 1391
Masci B.: A proposito del « solco trasversale sopra-ipogastrico » come segno di ascite 1593
Pietravalle N.: A proposito dell'influenza del calcio nel processo di fissazione del complemento 1259
Pulvirenti S.: Contributo alla tecnica del pneumotorace Forlanini 564
Reh: Sulla diagnosi batteriologica rapida della difterite 1066
Sgambati O.: Sulla mia reazione specifica delle urine nelle infezioni peritoneali . . . 1291
Timossi G.: A proposito della reazione Sgambati 1531
Timossi G.: Un'ultima parola sulla reazione Sgambati 1633
Sadnig G.: Sulle anestesie locali 243

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Pag.

Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania 843
Accademia delle Scienze Mediche e naturali di Ferrara 539, 1008
Accademia Medico-Fisica Fiorentina . . . 843, 945, 1399
R. Accademia Peloritana di Messina . 282, 809, 1237
R. Accademia Chirurgica di Napoli . . 186, 344, 807, 842, 872, 1108, 1298, 1365
R. Accademia Medica di Roma . . . 153, 280, 343, 442, 475, 871, 905, 1432, 1297, 1332
R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo 61
R. Accademia dei Fisiocritici di Siena . . . 1039
R. Accademia di Medicina di Torino . . 381, 411, 508, 875, 906, 1140
R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti 1238
Società Medico-Chirurgica Anconetana . . . 91, 251, 1009, 1107
Società Medico-Chirurgica Bellunese . . . 1400
Società Medica Chirurgica di Bologna . . 154, 1399, 1205, 1299, 1333, 1537, 1603
Società Medico-Chirurgica della Romagna . 1039
Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche, Milano 280, 409, 808, 873, 944, 980, 1173, 1236, 1365
Società Medico-Chirurgica di Padova . . . 410, 570, 908, 982, 1141, 1206
Società Medico-Chirurgica di Pavia . . . 26, 315, 411, 443, 538, 907, 1107, 1299

Pag.

Società di Medicina legale di Roma 125
Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali 876, 1434, 1604
Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali 572
Società dei Medici a Vienna . . 217, 1010, 1041
Ospedale Civile di Venezia 1207
« Ars Medica » - San Paolo del Brasile . . 1366
Associazione Medica Britannica di Londra . 1041
XXX Congresso della Società Italiana di Chirurgia 1447, 1495
XIX Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia 124
XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana 636, 746
XIV Congresso della Società Italiana di Idrologia 745
XXIX Congresso italiano di Medicina Interna 144[illegible] 1466, 1483
VI Congresso della Società Italiana di Neurologia 1603
XIV Congresso della Società Italiana di Ortopedia 1508
XXII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia 703, 740, 778
V Congresso Italiano di Radiologia Medica . 1536
II Congresso della Società Italiana di Urologia 1503
IX Congresso dell'Associazione professionale Dermosifilografi italiani in Perugia . . . 1007
II Congresso dell'Associazione nazionale per l'Igiene 943
VII Congresso medico siciliano 942
I Congresso dei Medici Infortunisti Emiliani 1268
VIII Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici 644
XVII Congresso dei Medici Condotti . . . 1409
Convegno della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi - Venezia . . . 1172
Convegno interregionale di Talassoterapia - Rimini 1171
Convegno della Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi 1006
VI Congresso della Società Internazionale di Chirurgia 1075
II Congresso internazionale sulla febbre puerperale 1401
II Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militare 841
Congresso internazionale di Tallassoterapia - Venezia 601
XVII Congresso francese di medicina . . . 15[illegible]
XXXV Congresso degli Internisti tedeschi . 779

CENNI BIBLIOGRAFICI,
NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

Discipline mediche ausiliarie.

Pag.

Foà P.: Trattato di anatomia patologica . 6
Bory L.: Les phénomènes de destruction cellulaire 474
Pepere A.: Anatomia patologica delle glandole a secrezione interna 60
Hurry J. B.: Les cercles vicieux en pathologie 1037
Marañon G.: Problemas actuales de la doctrina de las secreciones internas 1204
Roger G. H.: Physiologie normale e pathologique du foie 702
Anafilassi 702
Trabalhos do Instituto de Patologia general e de Anatomia patologica da Universidade de Lisboa 1074
Klopstock M. e Kowarsky A.: Praktikum der klinischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden . . . 1637
Schottmüller H.: Leitfaden für die klinisch-bakteriologischen Kulturmethoden . . . 1637
Kolle W. e Hetsch H.: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten 703
Ciani G.: Actinomicosi e Streptotricosi . . 1432
Morini L.: Ricerche microscopiche e sperimentali sulla presenza della spirocheta pallida nei tessuti e nelle secrezioni fisiologiche e patologiche dei luetici 1432
Cosco G. e Aguzzi A.: Studi sperimentali sull'afta epizootica 279
Basile C.: Diagnostica delle malattie parassitarie 378
Liebersny P.: Einführung in die physologischklinische Methodik 1637
Abderhalden E.: Handbruch der biologischen Arbeitsmethoden 702
Maestrini D.: Cardiografia ed Elettrocardiografia. Angiografia 739
Fano G.: Cervello e cuore 1669
Ceni C.: Cervello e funzioni materne . . . 942
Vignoli J.: Manuel d'embryologie humaine . 1364
Nicolle M. et Magron J.: Les maladies parasitaires des plantes. (Infestation, Infection) 153

Semiotica e diagnostica.

Ferrannini L.: Manuale di Semeiologia medica fisica e funzionale 1267
Ortner V.: Sintomatologia clinica delle malattie interne 1566
Basile G.: Ricerche diagnostiche di clinica medica 1364
Elias H., Fagié N., Luger H.: Leitfaden der klinischen Krankenuntersuchung 739
Letulle: Inspection, palpation, percussion, auscultation 249
Signorelli A.: Uno 1073
Dominici L.: Compendio di semeiotica chirurgica 1601
Fumarola G.: Diagnostica delle malattie del sistema nervoso 185
Panegrossi G.: Lezioni di semeiotica delle malattie nervose ed elettrodiagnostica . . 1134
Rapisardi A.: Semeiologia delle affezioni del mediastino 1170
Dietlen H.: Herz und Gefässe im Roentgenbild 804
Faulhaba e Katz: La diagnosi radiologica delle malattie intestinali 1398
Goiffon: Manuel de coprologie clinique . . 25
Basile C.: diagnostica delle malattie parassitarie 378
Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung 601, 777
Diagnostisch-therapeutisch Vademecum für Studierenden und Ärtze 1073
An Index of prognosis and end-results of treatment 839
Fiessinger Ch.: Les prognostics du praticien en clientèle 1037

Terapia generale.

Marfori P.: Trattato di Farmacologia e Terapia 569
Marle W.: Lexicon der gesamten Therapie . 1074
Manquat A.: Précis de thérapeutique . . . 122
Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung 601, 777
Bouché G. et Hustin A.: Chocs thérapeutiques contre Chocs morbides 122
Lematte L.: L'opothérapie du praticien . . 249
Ferrannini L.: I medicamenti usuali . . . 122
Ziemsen's Rezeptarium 569
Cheinisse L.: L'année thérapeutique . . . 840
Croner W.: Die Therapie an der Berliner Universitäts-Kliniken 1038
Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques 1075
Gigon A.: Einige neuere Betrachtungsweisen in der Ernährungstherapie 840
La table du végétarien 474

Medicina interna.

Pag.

Letheby Tidy H.: A synopsis of medicine . 601
The practical medicine series. Vol. I. — General medicine 249
Mohr L. e Stachelin: Trattato di medicina interna 839
Grote L. R.: Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen 1074
Lian C.: L'année médicale pratique . . . 1038
Pende N.: Le debolezze di costituzione 840, 1204
Sergent, Ribadeau-Dumas e Babouneix: Maladies de la nutrition 185
Finck Ch.: La goutte sur quelques points controvers au mal connus de son histoire . 91
Nannyn: Die Gallensteine 91
Delthil Ed. e Sédillot J.: Le catechisme de l'asthmatique et de l'arthritique 740
Klemperer F.: Die Lungentuberkulose . . 1005
Capogrossi A.: Concetto e diagnostica della tisi iniziale 1535
Löwenstein E.: Handbuch der gesamten Tuberkulose-Therapie 1535
Burnard R.: La guérison de la tuberculose pulmonaire 184
Carpi U.: I risultati duraturi della terapia pneumotoracica nella tubercolosi polmonare 1600
Bock V.: Die Friedmann-Methode 1005
Pozzilli P.: Sulle aritmie cardiache . . . 1105
Stanganelli P.: La patologia dell'aorta addominale 1105
Ferrata A.: Le emopatie 1106
Pittaluga G.: Enfermades de la sangre . . 90
Naegeli: Blutkrankheiten und Bludiagnostik 1363
Jolly F.: Trattato di tecnica ematologica e di ematologia 1106
Domarus V.: Manuale tascabile di ematologia clinica 473
Manini L.: Il cloroma 91
Silvestri S.: Le nefropatie secondo le moderne vedute 1636
Rimmo G.: Le malattie dello stomaco (Gastropatie dinamiche ed organiche) . . . 25
Strauss H.: Nachkrankheiten der Ruhr . . 25
Rolleston H.: Some medical aspects of old age 1038

Chirurgia generale.

Beesly L. e Johnston T. B.: A manual of surgical anatomy 507
Magnus G.: Frakturen und luxationem . . 507
Giannelli G.: Il trattamento cruento delle fratture sottocutanee 1601
Cignozzi O.: Il trattamento delle lesioni settiche 1668
Bandaline J.: Traitement des plaies par douches d'air chand 1601
Moure P.: Chirurgie vasculaire conservatrice 1171
Lunghetti X. B.: Tumori in generale . . . 740
Bua C.: I tumori del legamento largo . . 1602
Albanese A.: Ricerche e studi sul morbo di Pott 904
Gilbert et Thoinot: Maladies de la plèvre et du mediastin 473
Lenormant Ch. et Brocq P.: Chirurgie de la tête et du cou 1170
Chiari O.: Verletzungen und Krankheiten der Weichteils des Schädeis 1602
Cignozzi O.: La grossa milza malarica e le sue complicazioni. Studio clinico operativo 441
Fazio F.: Stenosi dell'intestino tenue . . . 1171
Martel Th. et Antoine Ed.: Les fausses appendicites 441
Raul F. Vaccarezza, Francisco F. Iuda, R. Posse: Tratamento del Carbunclo humano 1005
Lesi A.: Organizzazione e indirizzo di una Sezione Chirurgica Ospedaliera 507
Bertoloni E.: Il Padiglione Chirurgico « Zonda » diretto dal prof. Baldo Rossi 507

Neurologia - Psichiatria.

Pag.

Fano G.: Cervello e cuore 1669
Ceni C.: Cervello e funzioni materne . . . 942
Brugia R.: La irrealtà dei centri nervosi . 1134
Fumarola G.: Diagnostica delle malattie del sistema nervoso 185
Claude H.: Maladies du système nerveux . 1670
Romagna-Manoia A.: I disturbi del sonno e loro cura 940
Gilbert et Thoinot: Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encephale 941
Bield A.: Physiologie und Pathologie der Hypophyse 941
Schultz J. B.: Die seelische Krankenbchandlung 1670
Dragotti G.: La Psicanalisi 1297
Freud: Introduzione allo studio della psicanalisi 1671
Régis et Hesnard: La psychoanalyse des névroses et des psychoses 1671
Freud: La psychopatologie de la vie quotidienne 1671
Brener e Freud: Studien über Hysterie . . 941
Cazzamalli F.: Tabe 1670
Mingazzini G.: Le afasie 1669
Finkbeiner: Die kretinische Entartung nach antropologischer Methode 1235
Steckel: Die Fetichismus 1671
Battistelli L.: La bugia nei normali, nei criminali, nei folli 1235

Altre discipline mediche speciali.

Gerhartz: Leitfaden der Röntgenologie . . 537
Massiot e Biquard: L'instrumentation en Radiologie pratique 805
Ludewig P.: Die physikalischen Grundlangen des Betriebes von Roentgenröhren mit dem Induktorium 805
Caspari W.: Biologische Grundlagen zur Strahlentherapie der bösartigen Geschwülste 804
Solomon: La Radiothérapie profonde . . . 537
Dessauer: Dosierung und Wesen der Restrahl-Wirckung in der Tiefentherapie . 1267
Holzknecht: Dosierungstabelle für die Röntgen-Therapie 1267
Faulhaber e Katz: La diagnosi radiologica delle malattie intestinali 1398
Dietlen H.: Herz und Gefässe im Roentgenbild 804
Dessaner: Zur Therapie des Karzinoms mit Roentgen Strahlen 1267
Alberti O.: La letteratura radiologica italiana dal 1895 al 1920 1398
Guarini C.: Il 1° anno di funzionamento dell'Istituto Fotoradioterapico fondato e diretto dal prof. P. Stanziale 1398
Hausmann W.: Grunzüge der Lichtbiologie und Lichpathologie 805
Rollier A.: Heliotherapy 1267
Bordier H.: Diathermie et Diathermothérapie 804
Zanelli C. F.: Elementi di Diatermoterapia 804
Verrotti G.: La sifilide e le malattie veneree 870
Franceschini G.: Le malattie sessuali . . 185
Schäcer-Stranz: Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten mit Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Arzte und Studierende 1331
Trüb C. L. P.: Die Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte 1331
Zinsser F.: Syphilis und syphilisäuliche Erkrankungen des Mundes 407
Jaeger H.: Les maladies vénériennes en Suisse 1332
Sergent, Ribadeaux, Dumas, Rabonneix, ecc.: Dermatologie 869
Juliusberg F.: Leitfaden der Kosmetik für Ärzte 408
Perondi G.: Il sistema cutaneo nella gravidanza fisiologica e patologica 635

Pag.

Gaifami P.: Le indicazioni attuali alla provocazione dell'aborto 123
Gaifami P.: Prontuario di Terapia ostetrica
Folia Gynaecologica 635
Wiener: Propédentique et technique urologiques 216
Cifuentes P.: Il metodo operatorio di derivazione delle urine 442
Carisi G.: La chirurgia della ipertrofia prostatica 442
Leguen F.: Cliniques de Necker 216
Pousson A. et Desnos E.: Encyclopédie Française d'Urologie 341
Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Urologie 216
Frank E.: Tubercolosi genitale nell'uomo . 442
Privat: L'Orthopédie en clientèle 508
Ferreri G.: Le alterazioni anatomo-patoloche degli ossicini nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio in rapporto alla cura 777
Kümmel: Erkrankungen des innerent Ohres und die psychogenen Hörstörungen . . . 777
Bielschowsky: Stellungsanomalien und Beweglichkeitstörungen der Augen: Nystagmus, ecc. 777
Sergent, Ribadeau-Dumas e Babonneix: Traité de Pathologie médicale. Pédiatrie . . 1037
Nobécourt P. e Maillet M.: La thérapeutique du nourrisson en clientèle 1364
Finkelstein H. e Rohr F.: Die Behandlung der tuberkulosen Bauchfellerkrankungen im Kindsalter 1536
Sanarelli G.: Lezioni d'igiene 669
Filippini A.: Prontuario dell'igienista . 313, 1565
Galbusera S.: L'igiene delle carni alimentari, fresche, preparate e conservate . . . 1432
Grixoni G.: La depurazione dell'acqua da bere 474
Piperno A.: Salute 408
Ilvento A.: La tubercolosi malattia sociale. 152
Jarricot J.: Le dispensaire marin 152
Braeuning H. e Lorentz F.: Die Tuberkulose und hire Bekämpfung durch die Schule . 1535
Gutierrez A.: Importanza igienica delle Istituzioni parascolastiche 669
Ragazzi M.: Alcoolismo 1235
Zanelli C. F.: La voluttà dei veleni. (Le insidie - I rimedi) 153
Marchisio L.: Come ci possiamo difendere dal pericolo venereo 870
Quarta G.: Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito? 123
Porcheron L.: Guide pratique des Villes d'eaux. Stations climatiques, plages marines françaises 1398
Romano A.: Il primo bagno d'aria pubblico in Italia 669
Barduzzi D.: Manuale di Storia della Medicina 778

Generalità - Miscellanea.

Medical and Surgical Reports of the Episcopal Hospital 840
The Rockefeller Foundation International Health Board. - Eighth Annual Report . 474
Peking Union medical College: Addresses and Papers. Dedication ceremonies and medical conference 1074
Oeuvres de Pasteur 152
Trisca P.: Les Médecins Sociologues et Hommes d'Etat 1038
Baccelli A.: Mio padre 1637
Calligaris G.: Un medico e la guerra . . . 408
Corsini A.: Medici ciarlatani e ciarlatani medici 279

Pag.

Osty E.: La connaissance supra-normale . 1235
Annuario della Cassa Nazionale Infortuni . 185
Annuario bibliografico italiano delle scienze mediche ed affini 569
Bibliography of hookworm disease 840
Alberti O.: La letteratura radiologica italiana dal 1895 al 1920 1398

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Pag.

Ascoli V.: Il regolamento proposto per la Facoltà medico-chirurgica 481
Candela A.: A proposito del conferimento delle libere docenze 98
De Vincentis M.: A proposito della pubblicità dei bandi di concorso 66
Filè-Bonazzola A.: Verso una maggiore chiarezza e sincerità per le assicurazioni obbligatorie contro le malattie 322
Niceforo A.: Per l'insegnamento della «statistica» nelle Facoltà di Scienze mediche e naturali 580
Pangloss: Il mestiere di tutti 515
Pangloss: La dicotomia 1478
Pangloss: La fiducia nel medico 418
Pangloss: La sede del Monumento al Medico caduto in guerra 754
Pangloss: Scandalo ammonitore 1050
Pisani D.: Per la lotta contro gli «stupefacenti» 547
Righi U.: In tema di assicurazione malattie 226
Romano S.: In tema di assicurazione malattie 33

BIOGRAFIE - PROFILI - NECROLOGIE.

Pag.

Ascoli A.: In memoria di Carlo Moreschi . 1135
Basile C.: Cosimo Binda 71
Biondi C.: Lorenzo Borri 1248, 1310
Filippini A.: Edoardo Jenner. (Nel centenario della sua morte) 697
Massini L. C.: Luigi Pasteur e la sua opera 499
Mingazzini G.: Obersteiner Heinrich . . . 37
Montesano V.: Vincenzo Fisichella 1118
Pollitzer R.: Adolfo Strümpell 1443
Sampietro G.: Per il centenario di Luigi Pasteur 501
Sisto P.: Daniele Bajardi 327
Vanzetti F.: Pio Foà 1577
a. p.: J. P. Langlois 957
a. p.: O. Josuè 957
a. p.: Nicola Pietravalle 919
A. Z.: Guido Marchetti 957
f. s. p.: Ernst L. Salkowski 584
G. F.: Gesualdo Clementi 1021
L. V.: Felice La Torre 167
R. A.: Vittorio Remedi 648
R. B.: Stephan von Apathy 1055
S.: Lorenzo Ellero 1482
— Giuseppe Caronia 355
— Antonio Dionisi 101
— Luigi Corti 1216
— Giuseppe Cosco 1182
— Arturo Loos 1216

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; NOTIZIE DIVERSE: vedi alla fine dei singoli fascicoli.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; DIVAGAZIONI; AMMINISTRAZIONE E LEGISLAZIONE SANITARIA; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; ATTI PARLAMENTARI: vedi l'*Indice delle materie*.

Indice alfabetico delle Materie

A

Pag.

Abderhalden; vedi Reazione di —.
Aborto: embolismo da produzione di gas . . 1174
Aborto: frequenza e cause 743
Aborto infetto: terapia 707
Aborto: manovra di — causa di perforazione dell'utero 743
Aborto: profilassi 756
Aborto terapeutico 740
Accesso gottoso; vedi Gotta.
Accrescimento corporeo e glandole a secrezione interna 945
Accrescimento; vedi anche Sviluppo.
Acetilene come anestetico 1211
Acetone e acido diacetico nelle urine di operati in eteronarcosi 539
Achilia gastrica 1232
Acido cianidrico per la disinfestazione del suolo 862
Acido cloridrico: azione sulla leucocitosi . . 1238
Acido diacetico nelle urine 539
Acido iposolforoso e idrogeno solforato: paramidofenoli nella loro ricerca e distinzione 80
Acido salicilico: potere antisettico 815
Acne giovanile: trattamento 1542
Acqua ossigenata: sostituzione 1242
Acqua termale: presenza di vibrione colerasimile 1365
Acque acalciche per l'eliminazione dall'organismo degli urati 1297
Acque minerali: azione 1493
Acque minerali: tutela 227
Acque: vedi anche Ricambio idrico.
Acquedotti: mutui per — 190
Acquedotti; vedi anche *Opere pubbliche.*
Actinomicosi toracica 945
Addison: vedi Sindrome di —.
Addome: aneurisma toracico scambiato per malattia acuta dell'— 1570
Addome: diagnosi differenziale delle coliche . 1638
Addome: sensibilità alla pressione 64
Addome: sindromi dolorose associate a malattie della cistifellea 509
Addome tumescente: solco trasversale sopraipogastrico sulla superficie anteriore convessa 993, 1593
Adenite epitrocleare nell'infanzia: valore diagnostico 254
Adenoidei: reazione di Schick 1617
Adenoidismo: vedi Vegetazioni adenoidi
Adenomioma del legamento rotondo 1207
Adenopatie inguinali: diagnostica 1569
Adenopatie tracheo-bronchiali nella seconda infanzia 1368
Adenopatie; vedi anche Ghiandole linfatiche.
Adiposi postencefalitica 624
Adiposità dolorosa 1403
Adrenalina: azione vascolare 511
Adrenalina: somministrazione 541
Aerofagia: trattamento 540
Agglutinazione nelle mastoiditi 844
Agglutinazione: ricerche 314
Agglutinazione; vedi anche Glucosio, Reazioni.
Aghi radiferi: vedi Radiumterapia.
Agitazione psicomotoria: conoscenza, regime 1365
Agonia ed anestesia 784
Ago-puntura nella cortico-pleurite 1491
Ago-puntura: vedi anche Puntura.
Albi degli Ordini: iscrizione e cancellazione 1244
Albo degli Ordini: limiti dell'obbligo della iscrizione 387
Albo di firme dei medici presso le Farmacie . 387
Albumina e sali biliari nelle urine 947

Pag.

Albuminuria in gravidanza 465
Albuminuria ortostatica: studio grafico . . 1262
Alcalini: inconvenienti dell'impiego intensivo 1336
Alcalini: limitazioni nell'uso 710
Alcoolismo: lotta contro l'— in Italia . . . 1341
Alcoolismo: paralisi laringea da — 709
Alessandri R.: discorso 1451
Alihow; vedi Pomata di —.
Alimentazione: bisogni calorifici ed energetici 276
Alimenti: disciplina dell'uso di sostanze coloranti 353, 389
Alimenti, Alimentazione; vedi anche Avvelenamenti, Ipoalimentazione, Brodi di legumi, Dieta, Latte, Orzo.
Allattamento: esame ultramicroscopico del sangue in rapporto al genere di — . . . 1313
Allattamento materno: controindicazioni . . 1082
Allattamento: sostituzione dell'olio di oliva al grasso del latte vaccino 1400
Allattamento; vedi anche Tiralatte.
Alluce valgo: cura chirurgica 120
Alopecie da eczemi del cuoio capelluto . . 1393
Alta frequenza; vedi Correnti ad —.
Altitudine: azione del clima d'— 1296
Altitudine: influenza del cambiamento di — in individuo con pneumotorace 118
Ambard; vedi Costante di —.
Amebe: colorazione delle cisti 1142
Amebiasi: etiologia della così detta — . . . 1141
Amebiasi in Sicilia 844
Amebiasi: localizzazioni chirurgiche . . . 1501
Amebiasi; vedi anche Ascessi, Dissenteria amebica.
Amenorrea: radioterapia 217
Amigdaliti fuso-spirillari croniche 1013
Amministrazione sanitaria; vedi *Acque minerali, Consiglio Superiore di Sanità, Enti locali, Leggi, Legislazione sanitaria, Medicinali, Organici, Politica sanitaria, Sanità, Servizi igienico-sanitari, Vigilanza.*
Anaerobi patogeni causa d'infezione puerperale 707
Anaerobi; vedi anche Bacilli —.
«Anafilassi da latte» nell'infanzia 982
Anafilassi e tachifilassi per via nasale . . . 1436
Anafilassi e tiroide 1537
Anafilassi: lesioni intestinali 1112
Anafilassi: nuove vedute 900
Anafilassi; vedi anche Asma anafilattico, Desensibilizzazione, Idiosincrasia, Ipersensibilità, Proteotossicosi.
Analgesia del parto 740
Anastomosi deferenziale 521, 698
Anatomia: la super — 448
Anatomia umana ostacolata da risorti pregiudizi e da errata applicazione della legge 951
Anca: lussazione congenita 1508
Anca: osteoartrite 244
Anchilosi temporo-mandibolare 1501
Anemia da salasso: influenza della nutrizione sulla resistenza e rigenerazione del sangue 400
Anemia di Biermer 1209
Anemia perniciosa: casistica 7
Anemia perniciosa: l'— 1209
Anemia perniciosa: siero di sangue nell'— . 405
Anemici depressi: prescrizione 1404
Anemie: medicazione arsenicale 1285
Anemie: medicazione ferruginosa 1403
Anestesia da acetilene e da etilene 1211
Anestesia ed agonia 784
Anestesia parasacrale, specialmente per la amputazione e resezione del retto 57
Anestesia per l'intervento su labbro leporino infantile 1337

Pag.

Anestesia regionale nell'operazione sul corpo tiroide 632
Anestesie della polpa dentale 986
Anestesie locali: sulle — 243
Anestesie locali e rachianestesie: contributo clinico-statistico 111
Anestesie; vedi anche Analgesia, Anestetici, Narcosi, Rachistovainizzazione.
Anestetici nuovi 1211
Aneurisma diffuso dell'arteria femorale provocato da esostosi 184
Aneurisma toracico scambiato per una malattia addominale acuta 1570
Aneurisma traumatico dell'arteria femorale . 1502
Aneurisma traumatico della radiale . . . 1507
Angiectasie a corona toraco-basilari . . . 530
Angiectasie; vedi anche Angioma cavernoso.
Angina pectoris: cura mediante resezione del nervo depressore 1041
Angine; vedi Amigdaliti.
«Angioma cavernoso»: emoangiectasia cavernosa congenita, diffusa totale della gamba e del piede 843
Angioma della «portio» 746
Angiomi: trattamento con la neve carbonica 1395
Anidride arseniosa per la cura di epitelioma 844
Animali domestici e malaria 30
Annessi uterini: fibromiomi irradiati . . . 873
Annessiti: vaccino-terapia 446
Ano; vedi Fistola anale.
Anomalie multiple degli arti 807
Antiemolisi urinaria 1217
Antisettici; vedi Acido salicilico, Disinfettanti.
Antrace e foruncoli: cura 254
Aorta: dolore dorso-lombare nella degenerazione calcarea 1303
Aorta: insufficienza 875
Aorta: rumore di Flint-Grocco nell'insufficienza valvolare 845
Aortite cronica: diagnosi radiologica . . . 1271
Aortite luetica 977
APATHY (VON) S. 1055
Ape: cheratite in seguito a puntura d'— . . 411
Apici polmonari: osservazioni 1368
Apici polmonari: rumori accidentali 1220
Apici polmonari: semiotica 1002
Apici polmonari; vedi anche Polmoni.
Apofisi trasverse lombari: fratture isolate . 910
Aponeurosi palmari e plantari: retrazione; guarigione con le radiazioni 1102
Apparato digerente; vedi Organi digerenti.
Apparato genito-urinario; vedi Vie uro-genitali.
Apparato respiratorio: affezioni in rapporto col rino-faringe 1012
Apparato respiratorio; vedi anche Vie aeree.
Apparecchio a visione stereoscopica di von Eicken in otorinolaringoiatria 186
Apparecchio Gunning per la cura delle fratture mandibolari: modificazioni 945
Apparecchio per proctoclisi: modificazioni . 728
Appendice vermiforme: anatomia 154
Appendice vermiforme e ceco: chirurgia . . 92
Appendice vermiforme: funzione 1305
Appendice vermiforme in ernia crurale strozzata 664
Appendice vermiforme: ricerche sperimentali sull'inginocchiamento 1500
Appendicectomia: incidenti 602
Appendicite cistica 1234
Appendicite cronica fin dall'inizio: se esista 297
Appendicite erniaria 665
Appendicite tubercolare latente 376
Appendicocele strozzato 1590
Apte diu nel trattamento delle tubercolosi chirurgiche 867
Arco «lillà» delle unghie 1672
«Area Celsi»: sindrome endocrino-simpatica 438
Argento e neosalvarsan causa di argiria e melanosi 1541
Aritmia completa: crisi 1302

Pag.

Arneth; vedi Schema di —.
Arsenicali nelle anemie 1285
Arsenicali per la cura della corea 984
Arsenico anidride per la cura dell'epitelioma 844
Arsenobenzoli: apoplessia sierosa da — . . 749
Arsenobenzoli e mercurio: valore curativo nella sifilide 1541
Arsenobenzoli nella terapia della neurosifilide 26
Arsenobenzoli: pericoli e loro profilassi . . 1415
Arsenobenzoli per iniezioni endomuscolari: pericoli 749
Arsenobenzoli: raro accidente da — . . . 690
Arsenobenzoli: reazione consecutiva della fenilidrazione nelle urine 26
Arsenobenzoli: trattamento dei sifilitici con intolleranza per gli — 1540
Arsenobenzoli: vigilanza 192
Arsenobenzoli; vedi anche Neosalvarsan, Salvarsan.
Arteria carotidea: lipoma della guaina . . 1238
Arteria femorale: aneurisma diffuso provocato da esostosi 184
Arteria femorale: aneurisma traumatico . . 1502
Arteria polmonare: sclerosi primaria . . . 1173
Arteria radiale: aneurisma traumatico . . 1501
Arterie; vedi anche Aneurismi, Pressione arteriosa, Simpaticectomia, Vasi sanguigni.
Artero-cardio-renali; vedi Ioduri.
Arteriosclerosi cerebrale: cura 1046
Arteriosclerosi intestinale 782
Arte sanitaria secondo un antico medico . . 880
Arti: anomalie multiple 807
Arti inferiori: elefantiasi post-eresipelatosa 872
Arti: simpatalgie della periferia 382
Arto inferiore congenitamente malformato . 409
Arti; vedi anche Aponevrosi, Articolazioni, Atrofia, Braccia, Fascia lata, Femore, Gambe, Metatarsolo, Olecrano, Piede, Scafoide, Tibia, Trapianti.
Articolazione sacro-iliaca; vedi Malattia sacroiliaca.
Articolazioni: uso della canfora fenicata nella chirurgia delle — 246
Articolazioni: lipomatosi sistemica 1501
Articolazioni; vedi anche Anca, Artrite, Borsite, «Crepitatio scapularis», Ginocchio, Gomito, Meniscite, Osteoartriti.
Artrite sifilitica 1639
Artrite; vedi anche Artroplastica, Osteoartriti, Poliartrite.
Artroplastica del ginocchio 1207
Artroplastica: l'— 1076
Arvicole: distruzione mediante il virus di Danysz 475
Ascaridi e ossiuri: ciclo dell'infestione . . 1256
Ascella e inguine: differenza di temperatura 348
Ascessi ossifluenti: ricerche radiografiche intorno alle vie di deflusso 154
Ascessi spondilitici: anatomia patologica e cura 1299
Ascessi tubercolari: terapia col jonizzatore elettrolitico 1502
Ascesso cerebrale d'origine non comune . . 219
Ascesso cerebrale e traumi cranici 1299
Ascesso epatico amebico 1655
Ascesso iliaco da anaerobi complicante uretrocistite 1062
Ascesso paranefritico 845, 1562
Ascesso prostatico ad evoluzione rara . . . 155
Ascesso: sintomi di — nella sifilide epatica 220
Ascite chiliforme nel decorso di un cancro del pancreas 1334
Ascite: segno di — 993, 1593
Ascoli; vedi Termoprecipitazione.
Ascoltazione degli apici polmonari 1220
Ascoltazione nelle regioni lombari del murmure vescicolare 1435
Asili materni industriali 641
Asma alimentare 1011
Asma anafilattico 1010, 1272
Asma: azione dell'aspirina 575

Pag.

Asma bronchiale di origine dentaria . . . 1108
Asma bronchiale e polmoniti pregresse . . 317
Asma bronchiale in bambino eredoluetico . . 1493
Asma bronchiale: psicoterapia causale . . 1273
Asma bronchiale: sull'— 317
Asma cardiaco 1011
Asma: cura mediante l'iperpiressia . . . 511
Aspettativa per motivi di salute 1276
Aspirina: azione sull'asma 575
Aspirina: idiosincrasia da — 784
Assicurazione contro gli infortuni in agricoltura 288
Assicurazione contro le malattie: dichiarazioni ministeriali 386
Assicurazione malattie: in tema di — . . . 83, 226, 547
Assicurazione malattie in Francia 289
Assicurazione malattie in Spagna 323
Assicurazioni-malattie: verso una maggiore chiarezza e sincerità per le — 322
Assicurazioni sociali: le — 513
Assistenti universitari: Associazione nazionale 515
Assistenza agli esposti: nuove disposizioni . . 417, 577
Assistenza ai cancerosi 1109
Assistenza infermiera: il convegno nazionale per l'— 515
Assistenza manicomiale 740
Assistenza ospedaliera: per l'— 162
Assistenza sanitaria agli invalidi di guerra . 257
Assistenza sanitaria nel Belgio 1341
Assistenza sanitaria; vedi anche *Assicurazioni, Sanità, Scandalo ammonitore.*
Assorbimento dei farmaci 1563
Atrofia della prostata 737
Atrofia e autolisi: rapporti 413
Atrofia muscolare progressiva: osservazioni . 1039
Atrofia ossea da disuso 413
Attivatori biologici e vitamine 29
Aumenti di stipendio; vedi *Stipendio.*
Autofagia e automutilazioni in paralitici ed epilettici 594
Autointossicazioni; vedi Intossicazioni.
Autoliquorterapia nei postumi della encefalite letargica 251
Autolisi asettica: variazioni della colesterina nella milza durante l'— 1493
Autolisi e atrofia: rapporti 413
Autoplastica delle membrane peritiflocoliche secondo Taddei 58
Autoplastiche; vedi anche Innesti, Plastiche, Trapianti.
Autovaccinazione antirabica 343
Autovaccini nella pielocistite 28
Autovaccini: vedi anche Vaccini.
Avitaminosi: modificazioni istologiche del pancreas 810
Avitaminosi; vedi anche Carenza, Eutonine, Vitamine.
Avvelenamenti da funghi 315
Avvelenamenti da piombo: cura 982
Avvelenamento da dimetilsolfato 281
Avvelenamento da proteine: comportamento della glandola di Harder 808
Azoospermia: forme 188

B

Baccelli G.: per la celebrazione di — . 134, 195
Baccelli G.: sottoscrizione per le onoranze 260, 324, 353, 548, 676, 883, 916, 954, 1373, 1611
Bacilli anaerobi in ascesso iliaco di uretrocistite complicata 1062
Bacilli difterici; vedi Difterite.
Bacilli tifici e paratifici causa di ittero . . 1606
Bacilli tifici; vedi anche Bacillo di Eberth.
Bacilli tubercolari: colorazione 1082
Bacilli tubercolari: isolamento 843
Bacilli tubercolari: resistenza nell'ambiente . 512

Pag.

Bacilli tubercolari: valore dei metodi di ricerca nell'espettorato 511
Bacilli; vedi anche Batteri.
Bacillo di Eberth: un raro caso d'infezione da — 1163
Bacillo fusiforme e spirocheta del Vincent . 1175
Bacino: dilatazione permanente 705
Baguara S. Z. 1614
Bajardi D. 327
Baliatico: vigilanza igienica 221
Balneoterapia dei cardiopatici 1144
Bambini: contenuto delle urine in creatinina 1333
Bambini: dosaggio della codeina 447
Bambini: effetti della tonsillectomia su 5000 — 253
Bambini: etiologia e prognosi della pleurite sierosa 96
Bambini: trattamento della crosta lattea . . 478
Bambini; vedi anche Infanzia.
Bambino: anestesia per labbro leporino . . 1337
Bambino: cirrosi epatica in — 1142
Bando di concorsi; vedi Concorsi.
Barba; vedi Sicosi.
Barlow; vedi Malattia di —.
Bassi A.: per — 1178, 1292, 1481, 1682
Batteri: azione del glucosio in presenza dei sieri 1492
Batteri: azione di radiazioni secondarie e di ioni metallici 905
Batteri del gruppo tifo-coli: sopravvivenza decennale 475
Batteri della difterite: vedi Difterite.
Batteri: lisi 1237
Batteri: vedi anche Anaerobi, Bacilli, Meningococchi, Microrganismi, Streptococchi.
Batteriofago in rapporto all'autosterilizzazione del terreno 810
Batteriofago nella terapia del tifo addominale 1493
Batteriofago per la cura della dissenteria . 878
Batteriofago: ricerche 810, 945
Batteriofago; vedi anche Lisi batterica.
Bayer 205; vedi Rimedi nuovi.
Beneficenza: riorganizzazione dei servizi . . 257
Benemerenze di sanità pubblica 35
Benzoino; vedi Reazioni.
Beri-beri sperimentale: anatomia patologica . 908
Bianchi L.: onoranze 1546
Bibliografia: Dermatologia e sifilografia 1212; Diabete 912; Diagnostica 912; Elettrologia, radiologia, fototerapia, 319, 1147, 1178, 1438, 1573; Farmacologia 512; Fisioterapia 1373; Gastroenterologia 286; Igiene navale 1243; Isterismo 384; Malattie infettive 32, 349; Malaria 543; Medicina legale 750; Medicina tropicale 1243; Odontologia 319; Periodici 32, 63, 189, 319, 1674; Semiotica 1046; Sierologia 948; Tecnica medica 1212; Tecnica operatoria 349; Varie 189, 222, 349, 384, 414, 750, 815, 912, 1015, 1337, 1406.
Bibliografia; vedi anche Istituti bibliografici e l'Indice delle rubriche (Cenni bibliografici, Notizie bibliografiche).
Bicarbonato di sodio: prescrizioni irrazionali 1641
Bicchieri e stoviglie: pulizia nei pubblici esercizi 542
Biermer; vedi Anemia di —.
Bilancio tossico e nefropatie 1014
Bile: azione del solfato di magnesia sulla secrezione 1492
Bile; vedi anche Pigmenti biliari.
Biligenesi: azione del salicilato di sodio e della bile 1494
Binda C. 71
Biologia e teorie di Einstein 222
Biologia: la concezione fondamentale nella — 732
Biopsia: tecnica 476
Biopsie nella diagnosi precoce del cancro uterino 1301
Bisessualità; vedi Sessualità.
Bismutato di sodio: citro — e sua azione spirillicida 444

Pag.

Bismuto: azione sulla sierodiagnosi della sifilide 1389
Bismuto nella cura della sifilide . . 233, 344, 527, 843, 948, 1581
Bismuto: stomatite da — 373
Bismuto: ricerca rapida nelle urine . . . 444
Bismuto: valore terapeutico dei preparati nella sifilide nervosa 527
Bizzozero; vedi Cellule giganti di —.
Blefarite ciliare: prescrizione 1674
Blenorragia e cheratodermia 1395
Blenorragia infantile: cura 843
Blenorragia: principii terapeutici 873
Blenorragia: trattamento abortivo 348
Blenorragia; vedi anche Gonorrea.
Bleu di metilene boracico: uso nella tecnica ematologica 944
Bocca: alterazioni in gravidanza e puerperio 13
Bocca: leucoplasia 1342
Bocca; vedi anche Denti, Gengive, Sepsi, Stomatite.
Boccheruola infantile: prescrizione 348
Bolscevismo: fasti sanitari 350
BONOME A. 38
Borborigmi gastrici: genesi e cura 709
BORRI L. 1212, 1311
Borsa pre-rotulea: trattamento dell'igroma . 512
Borse; vedi Riflesso cremasterico.
Borsite sottoacromiale calcificata 1400
BORUTTAU E. 1087
Braccia; vedi Borsite, Gomito, Olecrano.
Bradipnea spontanea e provocata 981
Brasile; vedi Medici italiani al —.
Brodi di legumi 413
Bronchi e polmoni: complicazioni post-operatorie 1000
Bronchiti e broncopolmoniti infantili: trattamento con le iniezioni di etere 574
Bronco: estrazione di un corpo estraneo: guarigione 1401
Broncolitiasi 217
Broncopolmonite e polmonite acuta dell'infanzia: trattamento 318
Bulbo: ricerche sul centro vasomotore . . 982

C

CACCIALUPI G. 357
Caffeismo 1112
Caffeina per iniezioni endorachidee 878
Calcio: azione dei sali sui versamenti . . 1493
Calcio: azione sul sistema nervoso vegetativo 1493
Calcio cloruro nelle pleuriti 877
Calcio cloruro per iniezioni endovenose nelle emorragie viscerali 532
Calcio cloruro per iniezioni intravenose contro il vomito e la diarrea dei tubercolosi 48
Calcio cloruro per la cura dei versamenti pleurici 1001
Calcio cloruro per la cura dei versamenti tubercolari 316
Calcio: influenza sulla fissazione del complemento . . . . 93?, 1259
Calcio nella terapia della tubercolosi . . . 627
Calcoli biliari: forme pseudo cristalline . . 63
Calcoli biliari: recidiva dei sintomi dopo rimozione 63
Calcoli biliari: struttura 947
Calcoli biliari; vedi anche Calcolosi, Colecistiti calcolose.
Calcoli renali e funzione del rene 1109
Calcoli renali: formazione nelle prime settimane di vita 1664
Calcolosi biliare: clinica e radiologia . . . 1240
Calcolosi delle vie urinarie: cause di errore nella diagnosi radiologica 169
Calcolosi delle vie urinarie e iscuria . . . 1399
Calcolosi, infezioni e complicazioni delle vie biliari 1452
Calcolosi prostatica 1061
Calcolosi renale: pielotomia 51
Calcolosi vescicale: nuovo sintomo 378
Calcolosi vescicale provocata 1062
Calcolosi; vedi anche Litiasi.
Campagna antimalarica nel suburbio di Roma 337
Canale di Dorello e sindrome di Gradenigo 21
Canale di Nuck: ernia incarcerata (ovaio) . 667
Canapa indiana 384
Cancerosi: assistenza 1109
Cancro bilaterale del seno 61, 505
Cancro del corpo uterino: cause dell'inefficacia del radium 1608
Cancro del laringe: radiumterapia profonda; reperto istologico 154
Cancro della mammella: operazione radicale 1010
Cancro delle labbra: risultati delle operazioni 939
Cancro dell'utero: diagnosi precoce col sussidio della biopsia 1301
Cancro del pancreas: ascite chiliforme nel decorso 1334
Cancro del piloro e segno di Tansini . . . 1236
Cancro del testicolo: estirpazione dei gangli lombari 1500
Cancro: etiogenesi e terapia 942
Cancro: il — 692
Cancro: nuove cognizioni 1265
Cancro: produzione sperimentale 937
Cancro; vedi anche Carcinoma.
Canfora fenicata in chirurgia articolare . . 246
Capelli: massa di — nello stomaco 281
Capelli; vedi anche Cuoio capelluto.
Capezzoli: trattamento delle ragadi . . . 512
Capezzoli: trattamento dell'erosione . . . 129
Capillari sanguigni: oscillazioni periodiche costituzionali e patologiche 183
Capillaroscopia e pressione sanguigna nei capillari 1405
Capitolati; vedi *Norme di servizio.*
Capo: scosse cardioritmiche 1303
Capsule surrenali: impianto di nervi . . . 1496
Capsule surrenali: sifilide 640
Capsule surrenali; vedi anche Insufficienza surrenale.
Carbonchio a forma edematosa e terapia . 874
Carbonchio industriale: difesa contro il — 192
Carbonchio: terapia 1400
Carbonchio; vedi anche Antrace.
Carcinoma cistico della vescica 381
Carcinoma della mammella: trattamento . 1111
Carcinoma della papilla di Vater 1040
Carcinoma della prostata curato col radium 494
Carcinoma del colon: intervento operativo . 944
Carcinoma mammario: cura con raggi X e radium 281
Carcinoma primario della cistifellea . . . 62
Carcinomi in gravidanza 1010
Carcinomi primitivi multipli del piloro e della vescichetta biliare ectopica 86
Carcinomi; vedi anche Cancro, Epiteliomi.
Cardiaci: emiplegia 975
Cardiaci: il lavoro nei — 1144
Cardiaci; vedi anche Cardio-renali, Cuore.
Cardiopatie: iniezioni di uabaina 93
Cardiopatie: moderne cognizioni sulla diagnosi e terapia 1466
Cardiopatici e balneoterapia 1144
Cardio-renali: uso della digitale 29
Cardiospasmo 284
Cardiotonici: alterabilità delle preparazioni 1306
Carenza: malattie da — 942
Carie dentaria negli scolari: profilassi . . 1400
CARONIA G.: profilo 355
CARONIA G.: prolusione 380
Carotide: lipoma della guaina 1238
Caro-viveri: vedi *Indennità.*
CARRUCCIO A. 103, 1332
Cassa di maternità: per la — 288
Cassa pensioni dei Sanitari: per la — . 132, 484
Cassa pensioni; vedi anche *Pensioni.*
«Catarro apicale»: osservazioni 1368
Catarro vaginale: trattamento 1260
Catrame: tumori sperimentali 1500

Pag.

Caverne polmonari: guaribilità 575
Cavia: sinonimi 65
Cecità istantanea 1542
Ceco e appendice: chirurgia 92
Ceco mobile; vedi Stipsi chirurgiche.
Cefalalgie da affezioni oculari 605
Cellini B.; vedi Malattie e medici di —.
Cellulare pelvico: tumore a forma rara . . 339
Cellule delomorfe: ricerche 282
Cellule giganti del midollo osseo: istogenesi 282
Cellule giganti di Bizzozero: funzione fagocitaria 538
Cellule nervose: azione combinata dei raggi X e del freddo sulle — 252
Cellule pigmentate dell'espettorato . . . 1275
Centro vasomotore bulbare: ricerche . . . 982
Cerebropatie organiche e schizofrenia: plessi coroidei 1428
Certificati: in quali casi è necessaria la legalizzazione della firma 1677
Certificato prematrimoniale: opportunità . 756
Cervelletto; vedi Sindromi cerebellari.
Cervelli anomali 842
Cervello: ascesso da trauma 1299
Cervello: ascesso d'origine non comune . . 219
Cervello: clinica e anatomo-patologia dei tumori cistici 1381
Cervello: cura dell'arteriosclerosi 1046
Cervello: immagine radiologica 1102
Cervello: rara complicanza in un caso di gravidanza extrauterina 174
Cervello: trattamento locale dei processi settici 217
Cervello: tumori della parte posteriore del lobo temporale 639
Cervello: ventriculoscopia 1145
Cervello; vedi anche Apoplessia cerebrale, Commozione cerebrale, Corpo calloso, Emiplegie, Encefalo, Ipofisi.
Cesarea; vedi Taglio cesareo.
CESARI E. 1444
Chaffeurs: esame medico 285
Chemioterapia della tubercolosi 1491
Cheratite da puntura d'ape 411
Cheratodermia blenorragica 1395
Chiluria nostrale 1622
Chimica fisica: importanza nella medicina interna 55
Chimica fisica; vedi anche Colloidi.
Chinina causa di ipoacusia 876
Chinina: idiosincrasia nei malarici 1404
Chinina per iniezione endomuscolare causa di paralisi 1113
Chinina; vedi anche Cinconina, Malaria.
Chinino di Stato: rivendicazione 450
Chirurgia: comunicazioni varie 1498
Chirurgia: impiego di soluzioni glucosate ad alta percentuale 1293
Chirurgia nei rapporti con la malaria . . 187, 498, 1099, 1100
Chirurgia: vaccinoterapia e siero in — . . . 1079
Chirurgia: vedi anche Anestesia, Antisepsi, Embolismo polmonare, Operazioni, ecc.
« Choroidoepandimitis serosa » e « Tumor cerebri »: diagnosi differenziale 639
Ciarlatani medici e medici ciarlatani . . . 1015
Cicatrice cesarea: aderenze dell'intestino, usura, enterorragia 921
Cicatrice cesarea; vedi anche Villi coriali.
Cicatrici; vedi Stenosi cicatriziale.
Cieco; vedi Ceco.
Cimurro: vaccinazione contro il — 1298
Cinconina nella cura della malaria 464
Cinconina nella cura della malaria dei bambini 1025
Cirrosi epatica atrofica: casistica 1605
Cirrosi epatica atrofica e reviviscenza della glandola mammaria nell'uomo 1435
Cirrosi epatica atrofica e soffio venoso addominale 1493
Cirrosi epatica e tifo addominale 509
Cirrosi epatica in bambino 1142

Pag.

Cirrosi di Hanot e setticemia streptococcica 509
Cirrotici: colpo di frusta epigastrico . . . 1240
Cisti amebiche: colorazione 1142
Cisti da echinococco del polmone: semeiologia fisica 597
Cisti da echinococco sterili del polmone: trattamento 798
Cisti da echinococco; vedi anche Cisti idatidee.
Cisti del pancreas 281, 994
Cisti dermoide del dorso del naso 1422
Cisti emorragica enorme in milza succenturiata 1500
Cisti idatica del lobo superiore del polmone: diagnosi 617
Cisti idatidee suppurate trattate con chiusura senza drenaggio 1360
Cisti idatidee; vedi anche Cisti da echinococco.
Cisti sierosa retroperitoneale 1333
Cisti solitarie del rene 1206
Cisti spermatica in vecchio 1408
Cistifellea: carcinoma primario 62
Cistifellea: funzioni 63
Cistifellea: malattie associate a sindromi addominali 509
Cistifellea: trattamento medico delle malattie 946
Cistifellea; vedi anche Vie biliari.
Cistite; vedi Pielocistite.
Cistoscopia applicata al trequarti, per operazioni endovescicali 186
Cistouretroscopio guidato 998
Citelli; vedi Metodo —.
Citrobismutato di sodio e sua azione spirillicida 444
CIVIDALLI C. 1614
Claudicazione; vedi Zoppicamento.
Classe medica italiana: opportunità dell'organizzazione 942
CLEMENTI G. 1021
Clima d'altitudine: azione 1296
Clima marino e tubercolosi polmonare . . . 1494
Climaterio: il — 1003
Climatologia del litorale apuano 1401
Climatologia e decorso delle malattie croniche 32
Clistere: come si deve fare 1642
Clisteri nutritivi 32
Clorofilla ed emoglobina 159
Cloroformio per la distruzione sperimentale del labirinto 945
Cloronarcosi: comportamento del timo . . . 1502
Cloronarcosi; vedi anche Narcosi.
Clorosi: scomparsa 1297
Clorotiche: destino 1209
Cloro totale del succo gastrico 1111
Cloruro di calcio; vedi Calcio cloruro.
Cloruro di sodio: azione proteinotossica . . 1010
Cloruro di sodio: azione sulla viscosità del sangue 1604
Coagulazione del sangue: azione dell'estratto d'ipofisi 671
Coagulazione rapida del sangue nei prelevamenti a scopo diagnostico 31
Cocainomane: diario e autopsia 26
Cocainomania; vedi anche Stupefacenti.
Codeina: dosaggio nei bambini 447
Coefficienti urinari; vedi Urina.
Coefficiente uroemolitico; vedi Fegato.
COLANTONI D. 1280
Colchico nella gotta 1404
Coxa vara statica: terapia operativa . . . 245
Colecistite cronica non calcolosa 63
Colecistectomie per colecistite: risultati lontani 510
Colecistiti calcolose: cura chirurgica conservatrice 61
Colecistiti: reazioni coliche 1009
Coledoco; vedi Papilla di Vater, Vie biliari.
COLELLA R.: onoranze 1278
Colera; vedi Vibrione del —.

Pag.

Colesterina della milza: variazioni durante l'autolisi asettica 1493
Colesterina nel fegato in autolisi 1237
Colesterina; vedi anche Colesterinuria, Pleuriti.
Colesterinuria e indacanuria 503
Colica epatica: diagnosi 1239
Coliche addominali: diagnosi differenziale . 1638
Coliche intermittenti da adesioni nell'ulcera duodenale 1334
Colite cistica dissenterica 284
Collegio degli orfani dei sanitari: pel — . 1610
Colles; vedi Legge di —.
Colloidi: nuova teoria sulle reazioni. . . . 1332
Colloidi; vedi anche Chimica fisica.
Colon: disturbi funzionali della muscolatura 377
Colon: intervento operativo per carcinoma . 944
Colon: patologia 179
Colon: reazioni di origine colecistica . . . 1009
Colon; vedi anche Nefrocolonpessia, Sigma colico.
Colonie marine militari: risultati ematologici e antropometrici 1494
Colonie permanenti della C. R. I. per figli di tubercolotici 1341
Colonna vertebrale: cause di errore dell'esame radiologico e mezzi per evitarle . . 585
Colonna vertebrale: lussazione 1173
Colonna vertebrale; vedi anche Dolori vertebrali, Vertebre.
Coloranti: disciplina dell'uso per i prodotti alimentari 353, 389
Colorazione del bacillo tubercolare 1082
Colorazione delle cisti amebiche 1142
«Colpo di frusta» epigastrico nei cirrotici . 1240
Coltura italiana: per la diffusione della — all'Estero 1343
Coltura superiore: crisi della produzione scientifica 161
Coltura superiore: riforme 515
Coltura superiore; vedi anche *Insegnamento superiore.*
Colture microbiche; vedi Difterite, Pneumococco, Substrati colturali.
Commissario prefettizio: attribuzioni . . . 1338
Commissione medica di competenza . . . 1307
Commozione cerebrale: casistica 397
Comparaggio; vedi *Convenzioni.*
Complicazioni bronco-polmonari post-operatorie 1000
Comuni: efficacia delle deliberazioni della Giunta con poteri del Consiglio 1276
Comuni; vedi anche *Enti locali.*
Concordati; vedi *Nomine.*
Concorsi: a proposito della pubblicità dei bandi 66
Concorsi: criteri di giustizia nei giudizi . 388
Concorsi: efficacia della graduatoria . . . 1115
Concorsi: efficacia di concordati 1019
Concorsi: diritto di scelta per le nomine . 752
Concorsi: graduatoria e rimedi giuridici contro i provvedimenti definitivi di nomina . 320
Concorsi: impugnativa del bando 1276
Concorsi: legittimità delle nomine di unico concorrente 449
Concorsi: limiti di diritto nella scelta . . 1306
Concorsi nei manicomi: limiti di età . . . 449
Concorsi: norme circa i verbali delle Commissioni 1179
Concorsi per ufficiale sanitario: nuove disposizioni circa il limite di età 987
Concorsi: preferenze per invalidità di guerra e per servizio militare 190
Concorsi: procedura 1338
Concorsi: provvedimenti disciplinari per operato illegittimo 449
Concorsi: ricorso 1574
Concorsi, servizio di guerra e benemerenze militari 1049
Concorsi: varie 34, 610, 949, 950
Concorsi: verbali delle Commissioni . 1179, 1372
Concorso: nomina senza — 1610

Pag.

Concorso: se ed in quali casi possa essere revocato 1408
Concorsi; vedi anche *Certificati, Nomine.*
Congiuntivite gonococcica: sierovaccinoterapia 723
Congiuntivite granulosa palpebrale e tubercolosi 1337
Congiuntivite primaverile: trattamento . . 985
Congo Belga; vedi *Medici coloniali.*
Congregazioni di Carità; vedi *Enti locali.*
Congressi: vedi l'Indice delle Rubriche.
Consigli comunali: attribuzioni circa la nomina di concorrenti 1477
Consiglio di Stato: forma di ricorso . . . 1477
Consiglio Superiore di Sanità . . . 131, 819, 1339
Contagiosità della rabbia 847
Contratture; vedi Rigidità.
Convenzioni tra medici e farmacisti: divieto 949
Coppette: applicazione 879
Cordone spermatico: torsione spontanea . . 877
Corea: cura arsenicale 984
Corea di Sydenham 812
Corea: trattamento con solfato di magnesio 984
Cornea: cura delle macchie 1673
Coriza spasmodica 573
Corpi estranei nell'addome 847
Corpi intraoculari: localizzazione ed estrazione 129
Corpo calloso: degenerazione. (Malattia del Marchiafava) 860
Corpo estraneo in bronco: estrazione, guarigione 1401
Corpo estraneo nella vescica urinaria estratto per le vie naturali 155
Corpo estraneo nel duodeno 847
Corpo luteo e mola vescicolare 803
Corpuscoli fucsinofili dell'espettorato . . . 476
Corpuscoli leucocitari nella scarlattina . . 405
Correnti ad alta frequenza: valore terapeutico 1104
Corteccia cerebrale; vedi Sensibilità.
CORTI L. 1246
Cortico-pleurite: ago-puntura 1491
Cosco G. 1182
Costa cervicale sopranumeraria: casistica . 1040
Costante di Ambard: importanza nelle nefrectomie 736
Costante di Ambard nelle malattie infettive generali 1492
Costa; vedi Reazioni, Sinfisiectomia.
Coste cervicali 1403
Costituzione ed ematologia chimica . . 1237, 1653
Costituzione; vedi anche Individualità.
Crampi unilaterali: sindrome accessuale . 1071
Cranio: chirurgia, perfezionamenti 842
Cranioplastica 1497
Cranioplastiche alla Righetti 1501
Cranio: trauma e ascesso cerebrale consecutivo 1299
Creatinina: quantitativo nelle urine del bambino sano e del malato 1333
Crepitatio scapularis 249
Crescenza e vitamine (eutonine) 1365
Crescenza; vedi anche Sviluppo.
Crisi celiache in sindrome poliglandolare . 1140
Crisi nitritoidi: pseudo- da salvarsan in sifilitici con malaria latente 1603
Croce Rossa Italiana; vedi Servizi medico-scolastici, Tubercolotici.
Cronaca del movimento professionale . . 33, 162, 226, 288, 353, 389, 419, 451, 453, 484, 547, 571, 581, 819, 951, 989, 1020, 1051, 1307, 1341, 1409, 1479, 1575, 1611.
Cronaca epidemiologica . . . 261, 354, 676, 820, 1545.
Crosta lattea: trattamento 478
Cuoio capelluto: eczemi capaci di determinare alopecie 1393
Cuore: attacchi di tachicardia parossistica auricolare arrestati volontariamente . . 1365
Cuore: blocco meccanico causa di morte improvvisa 943
Cuore: crisi di aritmia completa 1302

Pag.

Cuore: disturbi nervosi 1301
Cuore e vasi: comunicazioni varie 1474
Cuore: «flutter» auricolare 761
Cuore: insufficienza 975
Cuore: insufficienze monosintomatiche . . 1143
Cuore: mezzi clinici per l'identificazione della fibrillazione auricolare 286
Cuore: nei postumi di encefalite letargica . 571
Cuore: nuovo apparecchio per lo studio del — 872
Cuore: rabdiomioma 876
Cuore: resezione del nervo depressore nell'angina pectoris 1041
Cuore: riabilitazione della scilla come medicamento del — 1571
Cuore: sistemi di conduzione dell'eccitamento 1236
Cuore: stenosi mitralica a forma aritmica . 1570
Cuore: sulla così detta legge del — . . . 1433
Cuore: trasmissione auricolare del soffio nell'insufficienza mitralica 845
Cuore: trattamento dell'insufficienza . . . 1144
Cuore: vizio da insufficienza delle valvole polmonari 281
Cuore: vedi anche Asma cardiaco, Cardiaci, Cardiocinetici, Cardiopatie, Endocardite, Ipertensione, Uabaina, Stenosi mitralica, Onda dicrota.
Cure febbrili infettanti 908
Curieterapia; vedi Radiumterapia.
Cute: funzione del sistema endocrino nella patogenesi di alcune turbe trofiche . . . 1564
Cute nelle manifestazioni influenzali . . . 1040
Cute: plastica ed elioterapia 1497
Cute: reazioni generalizzate e fenomeni immunitari nelle tigne 808
Cute: tubercolosi verrucosa 1108
Cute: zone epilettogene ed epilessia riflessa 1433
Cute: vedi anche Pelle.

D

Danysz; vedi Virus di —.
Deferenti: anastomosi 521, 698
Delinquenti; vedi Cervelli anomali.
Demenza paralitica; vedi Paralisi generale.
Demenza precoce: eziologia 1286
Demenza senile 813
Demenze non paralitiche: diagnosi . . . .
Demografia; vedi Nascite, Popolazione.
Dente fomite di asma bronchiale 1108
Denti: alterazione della stabilità da cura iodica interna 222
Denti: anestesie della polpa 986
Denti: indicazioni per l'estrazione 413
Denti: profilassi della carie negli scolari . 1399
Denti: vedi anche Piorrea alveolo-dentale.
Denunzia delle malattie infettive 1512
Dermatologia e sifilografia: congresso . . 124
Dermatologia: per un indirizzo razionale : 457
Dermatologia; vedi anche Pelle.
Dermatosi mercuriali 749
Dermatosi: predisposizione 1081
Dermoreazione nell'infezione da micrococco melitense 1249
Dermoreazione: vedi anche Intra —.
Dermosifilografi: associazione professionale . 419
Desensibillizzazione per il trattamento dell'eresipela cronica 1437
D'Evant T. 1413
Deviazione del complemento: quale parte spetta a C. Moreschi nella reazione della — 60
Diabete: diagnosi differenziale per mezzo della tolleranza al glucosio 189
Diabete in rapporto con la sifilide 283
Diabete insipido: casistica . . . .
Diabete insipido e ricambio idrico 1483
Diabete mellito: cura con l'insulina . 911, 1193, 1433
Diabete mellito: i medicinali usati nel — . 310
Diabete mellito sifilitico 307

Pag.

Diaframma: dolore della spalla indice di lesione al — 1045
Diaframma: vedi anche Ascessi, Frenicotomia, Pneumoperitoneo.
Diarrea: dietetica 1210
Diarrea e vomito dei tubercolosi: iniezioni intravenose di cloruro di calcio 48
Diatermia associata a colpeurynter-massaggio in ginecologia 779
Diatesi emorragica: terapia di alcune forme 1492
Diatesi essudativa: trattamento 846
Diazoreazione di Ehrlich: la — 1208
Diazoreazione: significato 217
Dicotomia: la — 1478
Dieta e secrezione lattea 129
Dieta in gravidanza 1174
Dietetica nella diarrea 1210
Dietetica nella diarrea e nella stitichezza . 1210
Dietetica nelle nefriti 1210
Dietoterapia della gotta: problemi . . . 901
Difterite: diagnosi batteriologica rapida . 553, 1066
Difterite: efficacia della vaccinazione . . . 568
Difterite: immunizzazione con tossina-antitossina 130
Difterite: paralisi del velopendolo 1033
Difterite: per l'accertamento diagnostico . . 871
Difterite: trattamento delle paralisi . . . 984
Difterite: reazione per la ricerca dell'immunità o della sensibilità 188
Digestione e leucocitosi 1237
Digestione: influenza sul volume degli eritrociti 944
Digestione; vedi anche Emoclasia digestiva.
Digitale nei cardio-renali 29
Digiuno: ulcera peptica consecutiva a gastroenterostomia 1010, 1297, 1499
Digiuno; vedi Fame.
Dilatazione dello stomaco; vedi Stomaco.
Dimetilsolfato: contributo alla conoscenza dell'avvelenamento da — 281
Dimissioni: efficacia 1276
Dimissioni per volontario abbandono di servizio: condizioni necessarie alla legittimità della dichiarazione di — . . 712, 1338, 1644
Dimissioni; vedi anche *Servizio: riassunzione in —.*
Dionisi A.: biografia 101
Dionisi A.: prolusione 250
Diritti acquisiti e riforme organiche: limiti 643
Disarticolazione atipica intertibio-astragalica con lembo osteoplastico calcaneo-plantare unico 1031
Discorsi di E. Maragliano 1448, 1494
Discorso di R. Alessandri 1451
Disinfestazione del suolo con acido cianidrico 862
Disinfettante: produzione semplice e rapida a bordo 1666
Disinfettanti; vedi anche Acido salicilico.
Dismenorrea: trattamento 128, 1607
Dispnea notturna: trattamento tiroideo . . 477
Dispepsia nervosa 540
Dispepsia: speciali quadri sintomatici . . 378
Dispepsie: cura 1640
Dispepsie; vedi anche Aerofagia, Borborigeni gastrici, Digestione, Fame, Organi digerenti.
Dissenteria amebica: esiste in Italia? . . . 1556
Dissenteria: cura col batteriofago 878
Dissenteria; vedi anche Ascessi, Colite cistica, Emetina.
Distrofia muscolare pseudo-ipertrofica . . . 1490
Documenti; vedi *Concorsi.*
Dold; vedi Reazione di —.
Dolore alla spalla nella gravidanza ectopica 1302
Dolore della spalla indice di lesione diaframmatica 1045
Dolore dorso-lombare da degenerazione calcarea dell'aorta 1303
Dolore nelle gravidanze extrauterine: importanza 877

Pag.

Dolore nell'infezione melitense 1541
Dolori renali: i — 734
Dolori vertebrali: substrato anatomico e diagnosi 219
Dolori; vedi anche Adiposità dolorosa, Nevralgie.
Dorello; vedi Canale di —.
Dotto deferente; vedi Deferente.
Ducrey: il caso — 1213, 1277
Duodeno: stenosi da causa estrinseca . . . 1500
Duodeno: stenosi croniche e vizii di posizione 410
Duodeno: valore del sondaggio nelle malattie pancreatiche 1492
Duodeno; vedi anche Papilla di Vater, Ulcere.
DURANTE F.: onoranze 716

E

Eberth; vedi Bacillo di —.
Eccitabilità; vedi Iper-.
Echinococco; vedi Cisti da —.
Eczema acuto dell'orecchio: trattamento . . 542
Eczema dei poppanti: opoterapia pancreatica 1673
Eczemi del cuoio capelluto capaci di determinare alopecie 1393
Eczemi localizzati: prescrizione 1082
Edema cerebrale; vedi Apoplessia sierosa.
Edema da carbonchio: terapia 874
Edema palpebrale e nefrite latente . . . 255
Edema polmonare nefritico: trattamento con la legatura degli arti 28
Edemi delle gravide 801
Edemi periferici: nuovo preparato per l'evacuazione 873
Educazione fisica delle nuove generazioni . 386
Educazione sessuale: per l'— 1679
Educazione sessuale; vedi anche Morale sessuale.
Egofonia: l'«epechèsi ossitònica» elemento essenziale dell'— 961
Ehrlich; vedi Diaroreazione.
Eicken; vedi Apparecchio di —.
Einstein; vedi Teorie di —.
Elefantiasi post-eresipelatosa degli arti inferiori: cura 872
Elettricità: trattamento dello shock da — 813
Elettricità; vedi anche Correnti ad alta frequenza, Ionoforesi.
Elioterapia dermatologica e biologica solare 439
Elioterapia marina nella cura della tubercolosi ossea: risultati 1501
Elioterapia e plastiche cutanee 1497
Elioterapia nelle tubercolosi osteo-articolari 1274
Ematologia chimica della costituzione . 1237, 1653
Ematologia: uso del bleu di metilene boracico 944
Ematuria da strongiloide intestinale . . . 75
Ematurie in gravidanza 740
Ematurie: le grandi — nella idronefrosi . 27
Ematurie renali e nefralgie ematuriche . . 27
Ematurie: sulle — 532
Emazie; vedi Eritrociti.
Embolismo da produzione di gas dopo l'aborto 1174
Embolismo polmonare consecutivo ad operazioni addominali 1368
Embolismo polmonare postoperatorio . . . 95
Embriologia: ricerche 1434
Embrione: anomalie 741
Emetina: azione contro i protozoi . . . 878
Emianopsia: importanza diagnostica . . . 747
Emicrania: uso del luminal 220
Emigrazione dei professionisti 66
Emigrazione di professionisti; vedi anche *Medici coloniali, Medici italiani all'Estero.*
Emiplegia dei cardiaci 975
Emiplegia: riflessi tonici o posturali, con speciale riguardo alle sincinesie 1634
Emiplegie cerebrali: disturbi vasomotori . 219

Pag.

Emoangiectasie cavernose (angioma cavernoso) 843
Emoclasia digestiva: comportamento delle piastrine 981
Emoglobina e clorofilla 159
Emoglobina: ricerche 806
Emorragie occulte: reazione del piramidone 985
Emorragie viscerali: iniezioni endovenose di cloruro di calcio 532
Emorroidi: cura con le iniezioni endonodulari 284
Emosiderosi generalizzate 283
Emottisi mestruali: prevenzione 1369
Emottisi: trattamento 217, 783, 1091, 1369
Empiema cronico fistolizzato: pleurotomia e pneumopessia 1298
Empiema toracico: incisione declive . . . 105
Encefalite epidemica (letargica): adiposi consecutiva 624
Encefalite epidemica a sindrome parkinsoniana acuta con esito in guarigione . . 108
Encefalite epidemica: condizioni del cuore nei postumi di — 571
Encefalite epidemica: disturbi mentali . . 383
Encefalite epidemica ed erpete febbrile . . 477
Encefalite epidemica e obesità 1107
Encefalite epidemica e pubertà precoce . . 158
Encefalite epidemica: fenomeni d'inversione 2
Encefalite epidemica: esiti 1366
Encefalite epidemica: gravidanza e postumi di — 707
Encefalite epidemica: l'— 779
Encefalite epidemica: parkinsonismo postumo dell' — 201, 236
Encefalite epidemica: postumi di — e stato puerperale 707
Encefalite epidemica: ricerche 871
Encefalite epidemica: speciale reperto ematologico 809
Encefalite epidemica: sull' — 1426
Encefalite epidemica: terapia dei postumi con autoliquor-terapia 251
Encefalite epidemica: trattamento 948
Encefalite epidemica: trattamento di alcune sequele 383, 812
Encefalite epidemica; vedi anche Encefalite infettiva, Encefalite sperimentale, Parkinsonismo.
Encefalite infettiva e fenomeni neurotici . 252
Encefalite sperimentale ed influenza . . 158, 809
Encefalo: complicazioni nell'eritremia . . 876
Encefalo; vedi anche Cervelletto, Cervello, Tumore centrale.
Endocardite da «Streptococcus viridans» . . 443, 475
Endocardite e poliartrite 1143
Endocardite maligna da streptococchi . . . 1492
Endocardite maligna: tipi di streptococco . 906
Endocrinologia: importanza in medicina . . 773
Endocrinologia: principii applicabili all'organoterapia 213
Endocrinologia; vedi anche Gozzo esoftalmico, Opoterapia, Organi genitali, Ormoni, Secrezioni interne, Sindrome endocrino-simpatica, Sindromi endocrine, Sindromi pluriglandolari, Sistema endocrino-simpatico, Timo, Tiroide.
Endometriti; vedi Utero.
Enfisema delle linfoglandole mesenteriche in lattante 945
Enterectomia in voluminosa ernia inguinoscrotale destra strozzata 1502
Enterite muco-membranosa in lattante . . 672
Enteriti; vedi anche Enterocoliti, Perienteriti.
Enteroclisi; vedi Proctoclisi.
Enterocoliti: reazioni a distanza 93
Enterorragia sintomatica: usura di un'ansa intestinale aderente a cicatrice cesarea . . 921
Enterorragia; vedi anche Intestino.
Enterostato; vedi Gastro —.
Enterostomia nella peritonite acuta . . . 926

Pag.

Enti locali: annullamento delle deliberazioni sullo stato economico degli impiegati . . 1476
Enti locali: dichiarazioni di dimissioni per volontario abbandono dell'ufficio 712, 1338, 1644
Enti locali: provvedimenti eccezionali per gli impiegati 608
Enti locali: revisione degli organici degli impiegati; vedi *Organici* 848
Enti locali; vedi anche *Concorsi, Impiegati, Medici condotti, Nomine, Norme di servizio, Servizi igienico-sanitari.*
Enzimi dell'orzo: ricerche 905
Enzimi nell'urina normale e patologica . . 806
Eosinofili: comportamento nei prostatici . 1275
Eosinofili nei versamenti pleurici 1002
Eosinofila: ricerche 218
Epato-nefriti 1295
« Epechèsi ossitònica »: elemento essenziale dell'egofonia 961
Ependimite; vedi « Choroidoependimitis ».
Epidemia di stomatiti aftose 1123
Epidemiologia: cronaca . . . 261, 354, 453, 676, 820, 1545
Epidemiologia della febbre tifoide 1304
Epifisi superiore del femore: distacco spontaneo 381
Epilessia: diagnosi 338
Epilessia essenziale: patogenesi 637
Epilessia riflessa e zone cutanee epilettogene 1433
Epilessia: trattamento col luminal 571
Epiletttici e paralitici: autofagia e automutilazioni 594
Epiploon: importanza immunitaria di fronte alla tubercolosi 1491
Epitelioma curato con anidride arseniosa . 844
Epiteliomi cutanei: azione del radio . . . 1501
Eredità dei tumori; vedi Tumori.
Eredità del mancinismo 217
Eredità nelle malattie dell'occhio 1206
Ereditarietà nella discendenza di un poligamo 96
Ereditarietà; vedi anche Parentela.
Eredo-sifilide: trattamento 447
Eredo-sifilide: triade radiologica 1272
Eresipela cronica: trattamento con i metodi di desensibilizzazione 1437
Eresipela: elefantiasi consecutiva degli arti inferiori 872
Ergotina in ostetricia 1406
Eritremia: complicazioni neurologiche . . . 876
Eritroblastosi: sindromi cliniche 931
Eritrociti: influenza della digestione sul volume 944
Eritrociti: sedimentazione; applicazioni in ostetricia e ginecologia 572
Eritrociti: sedimentazione nel campo ginecologico 802
Ernia crurale appendicolare strozzata . . 664
Ernia crurale vaso-lacunare: considerazioni 656
Ernia di appendice vermiforme 667
Ernia di Laugier operata radicalmente con attorcigliamento del sacco 661
Ernia incarcerata (ovaio) nel canale di Nuck 667
Ernia inguinale dell'utero ed annessi . . . 1140
Ernia inguinale obliqua: per l'operazione dell' — 87
Ernia inguino-scrotale destra strozzata: strozzamento rotatorio intraddominale del tenue con gangrena di oltre 3 metri d'intestino; enterectomia, guarigione 1502
Ernia interna: rara forma; occlusione intestinale 808
Ernia interna retrovescicale 218
Ernia ombelicale: casistica e considerazioni . 649
Ernia ombelicale ed eventramenti: cerchiaggio dell'anello al filo di bronzo 88
Ernia preperitoneale della linea alba sopraombelicale 539
Ernia scrotale complicata da lejomioma . . 1298
Erosione dei capezzoli: trattamento . . . 129
Erpete febbrile ed encefalite epidemica . . 477

Pag.

Erpete: infezione sperimentale 907
Erpete; vedi anche Encefalite erpetica, Herpes.
Eruzioni infantili più comuni 346
Esantema scarlattinoso 221
Escreati; vedi Espettorati.
Esercizi fisici; vedi Educazione fisica.
Esercizio abusivo della professione sanitaria 882, 988
Esercizio cumulativo della farmacia con altre professioni sanitarie: divieto . . . 881
Esercizio professionale dei sanitari; vedi *Sanitari.*
Esercizi pubblici: pulizia dei bicchieri e delle stoviglie 542
Esofago: ricostituzione della breccia col faringe nella laringectomia 872
Esofago: stenosi cicatriziale 874
Esostosi funzionali 1089
Esostosi osteogenica dell'estremità inf. del femore causa di aneurisma diffuso dell'arteria femorale 184
Esperanto: l' — e i medici 629
Espettoranti: sugli — 44
Espettorato: cellule pigmentate 1273
Espettorato: corpuscoli fucsinofili 476
Espettorato: valore dei metodi di ricerca del bacillo tubercolare 511
Espettorato; vedi anche Sputo, Tubercolosi.
Esplorazione rettale durante il travaglio . 742
Esposti: nuove disposizioni per l'assistenza . 417, 577
Essudati; vedi Empiema.
Estero: per la diffusione della coltura italiana 1343
Estero; vedi anche *Esercizio professionale.*
Estratti ipofisari: preparazione 911
Estratti placentari: azione 1173
Estratto ipofisario: azione sulla coagulazione del sangue 671
Estratto ipofisario; vedi anche Estratto pituitario.
Estratto pituitario nel parto 446
Estrazione dentaria: indicazioni 413
Etere nella profilassi e cura d'infezioni peritoneali e uterine 1009
Etere per iniezioni endoperitoneali nel trattamento della peritonite acuta purulenta diffusa 558, 590
Etere per iniezioni nella pertosse 188
Etere per iniezioni nel trattamento delle bronchiti e broncopolmoniti infantili . . 574
Eteronarcosi: comportamento del timo . . . 1502
Eteronarcosi e presenza di acetone e acido diacetico nelle urine 539
Etilene come anestetico 1211
Eunucoidismo tardivo 1432
Eutonine e crescenza: contributo allo studio delle vitamine 1365
Eutonine e funzione sessuale 1366
Eutonine; vedi anche Vitamine.
Eviscerazione e megacolon congenito . . . 1127

F

Facoltà medico-chirurgica a Milano: per una — 1680
Facoltà medico-chirurgica: regolamento proposto per la — 481
Facoltà medico-chirurgiche; vedi anche *Insegnamento superiore.*
Fagocitosi delle piastrine 844
Fagocitosi; vedi anche Cellule giganti.
Falangi e metacarpi: applicazioni di trapianti ossei 311
Fame: psicopatologia 1243
Faringe: ricostituzione della breccia con lo esofago nella laringectomia 872
Faringe; vedi anche Ipofaringe, Naso, Rinofaringe.
Farmaci: assorbimento 1563
Farmaci; vedi anche Medicinali.

Pag.

Farmacia: divieto di esercizio cumulativo con altre professioni sanitarie 881
Farmacia e Medicina militare: congresso . 841
Farmacie: albo per la firma dei medici . . 387
Farmacisti e medici: divieto di convenzioni 949
Fascia lata: sarcoma fibroblastico primitivo 1281
Fascio di azione e difesa medica 1646
Fascio medico parlamentare 289
Fatica e fermenti del sangue 1236
Fatica e sistema nervoso-vegetativo . . . 1236
Febbre da fieno: vaccini 189
Febbre eruttiva: casistica 270
Febbre melitense a Milano 1492
Febbre melitense: intradermoreazione . . . 1492
Febbre melitense: vedi anche Infezione melitense.
Febbre puerperale: congresso sulla — . . . 1401
Febbre puerperale: vedi anche Infezioni puerperali.
Febbre ricorrente: un caso in Sardegna . . 1353
Febbre sifilitica essenziale 639
Febbre tifoide nella prima infanzia 1133
Febbre tifoide: polso 1212
Febbre tifoide: studi epidemiologici . . 1304
Febbre tifoide: vedi anche Ileotifo, Infezione Eberthiana, Paratifi, Tifo addominale.
Febbricola da pleurite latente 251
Febbricola tubercolare benigna a manifestazioni pleuritiche 316
Febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta 339, 361
Febbri curative provocate 908
Febbri oscure e nefriti tubercolari 1491
Febbri sifilitiche 1638
Febbri: vedi anche Iperpiressia, Temperature.
Fecaloma sigmoideo e prolasso del retto: patogenesi 1367
Feci: valore clinico della ricerca dei fermenti triptici 873, 1057
Fegato: casistica della cirrosi atrofica . . . 1605
Fegato: cirrosi e reviviscenza mammaria nell'uomo 1607
Fegato: coefficiente uroemolitico nelle malattie del — 857
Fegato: estirpazione 1299
Fegato: funzionalità nel parkinsonismo postencefalitico 1434
Fegato: funzionalità nei riguardi della operazione di Talma 981
Fegato in autolisi: comportamento della colesterina 1237
Fegato: neoplasma con metastasi mediastinica 1333
Fegato: sifilide precoce e secondaria . . . 1639
Fegato: sifilide con sintomi di ascesso . . 220
Fegato: sindrome dell'insufficienza emocrasica 836
Fegato: vedi anche Ascesso epatico, Cirrosi epatica, Colesterina, Ittero, Vie biliari.
Fehling: vedi Zuccheri.
Femore: distacco spontaneo dell'epifisi superiore 381
Femore: lussazione iliaca e frattura . . . 1207
Femore: mancanza congenita 217
Fenilidrazone nelle urine dopo somministrazione di arsenobenzoli 26
Fenolftaleina: pericoli come lassativo . . 285
Fenomeni degli «occhi di bambola»: intorno al — 265, 302
Fenomeno paradosso nella reazione di Wassermann 1542
Fermenti del sangue e fatica 1236
Fermenti lattici nelle malattie infettive . . 948
Fermenti triptici: ricerca nelle feci . . . 873
Fermenti triptici: valore clinico della ricerca nelle feci 1057
Fermento lab: determinazione 1206
Fermenti: vedi anche Fosfoglicerasi.
Ferrier: vedi Metodo —.
Ferro: dosamento nel sangue 1142

Pag

Ferrovie dello Stato: riforma del servizio sanitario 352
Fibrillazione auricolare e mezzi clinici per la sua identificazione 286
Fibrina nel sangue e nel plasma 404
Fibroepitelioma papillifero benigno dell'uretere 1665
Fibroma cistico grosso a sviluppo sotto-peritoneale 444
Fibroma del legamento rotondo 177
Fibromi: vedi anche Fibromiomi, Neurofibroma.
Fibromiomi irradiati dell'utero ed annessi: rilievi anatomopatologici 873
FICALBI E. 38
Fiducia nel medico: la — 418
Filogenesi dei riflessi profondi 1573
FIORANI G. 1482
Firme dei medici: albo nelle Farmacie per le — 387
FISICHELLA V. 1118
Fisiologia e medicina 91
Fissazione del complemento: influenza del calcio 930, 1259
Fistola anale: trattamento 1335
Fistola intestinale da ossiuri 1334
Fistole cutaneo-mucose: autoplastica per inversione con resezione cuneiforme bipolare 1497
Fistole ureteriche post-operatorie in ginecologia 741
Fistole vescico-vaginali susseguenti ad una forcella da capelli in vescica 1664
Flagellati del genere «Trichomonas» nel sangue circolante dell'uomo 1083
Flajani-Basedow: vedi Morbo di —.
Flint: vedi Rumore di Grocco.
Flocculazione: reazione di Meinicke (III modif.) nella sifilide 1298
«Flutter» auricolare 761
FOÀ P.: biografia 1577
Folgorazione: vedi Shock da elettricità.
Fondazione Rockefeller 385, 710
Forlanini: vedi Pneumotorace —.
Formalina impiegata contro il sudore dei tubercolotici 315
Formolo: reazione al — per la diagnosi della sifilide 1039
Foruncoli e antrace: cura 254
Fosfoglicerasi 1433
Fototerapia: vedi Elioterapia, Luce, Raggi.
Francia: vedi Tubercolosi.
Fratture: azione delle tossine piogene nella guarigione 1501
Fratture della mandibola: modificazione all'apparecchio Gunning 945
Fratture dell'olecrano e mobilizzazione immediata 1241
Fratture isolate delle apofisi trasverse lombari 910
Frattura e lussazione iliaca del femore . . 1207
Frattura del rene 1551
Freddo e raggi X: azione combinata sulle cellule nervose 252
Freniatria: comunicazioni varie 638
Freniatria: ordini del giorno 746
Fröhlich: vedi Sindrome di —.
Funghi mangerecci: vitamine 806
Funghi: tossicologia 315
Funzione sessuale ed eutonine 1366

G

Galattosuria nell'insufficienza renale . . . 973
Galeno e il galenismo 1355
GALEOTTI G. 71, 551
Gameti (semilune) per la produzione sperimentale della malaria 343
Gastroenterite acuta afebbrile 1406
Gastro-entero-anastomosi senza torsione dell'ansa digiunale 1234

Pag.
Gastroenterostomia: ulcera del digiuno consecutiva 1010, 1297, 1499
Gastro-entero-anastomie: sul cosidetto circolo vizioso consecutivo 699
Gastro-enterostato nuovo 1009
Gastropatie: uso del peptone 1335
Gastrostomia: tecnica 1500
Genitali: vedi Organi genitali.
Germi intestinali distruttori dei pigmenti biliari 64
Germi: vedi anche Microrganismi.
Gestazione: azione sull'otosclerosi 672
Ghiandole: vedi Glandole.
Ginecologia e ostetricia: comunicazioni varie 740. 707, 778
Ginecologia: fistole ureteriche post-operatorie 741
Ginecologia: esame metodico 1532
Ginecologia: valore clinico del processo di sedimentazione degli eritrociti 584
Ginecologia: vedi anche Organi genito-urinari, Ostetricia.
Ginocchio: artroplastica 1207
Ginocchio: vedi anche Meniscite, Rotula.
Giornalismo medico italiano: albori . . . 535
Giudizi disciplinari: effetti dell'amnistia . 1677
Giudizio penale e provvedimento disciplinare 1245
Giuramento pei neo-medici 415
Giurisprudenza; vedi *Politica sanitaria*.
Ginecologia: sedimentazione delle ematie in — 584, 802
Glandola carotidea: tumore della — . . . 22
Glandola di Harder: comportamento nella proteotossicosi 808
Glandola mammaria: revivescenza nell'uomo e cirrosi epatica atrofica 1435
Glandola sottomascellare: scialoadenite cronica fibrosa da arista di grano 137
Glandole endocrine: chirurgia 1075
Glandole endocrine e accrescimento corporeo 945
Glandole endocrine e simpatico: rapporti in patologia 1568
Glandole endocrine: innesti 1300
Glandole endocrine: ipofunzione ed iperfunzione 212
Glandole endocrine: vedi anche Capsule surrenali, Ipofisi, Organi genitali, Ormoni, Secrezioni interne, Sistema endocrino-simpatico, Timo, Tiroide.
Glandole linfatiche: cura della tubercolosi . 1305
Glaubero: vedi Sale di — 1642
Glaucoma: diagnosi e terapia dell'attacco . 1336
Glicemia: rapporti con la tiroide 1537
Glicogeno: distribuzione negli organi . . . 1173
Glucosio: azione sulle emulsioni batteriche a contatto dei sieri 1492
Glucosio: impiego di soluzioni ad alta percentuale in chirurgia 1293
Glucosio: tolleranza nella diagnosi differenziale del diabete 189
Goetsch; vedi Prova di —.
Gomito: resezione per tubercolosi 1501
Gonococco: diagnosi 1239
Gonorrea: valore del trattamento interno . 600
Gonorrea; vedi anche Blenorragia.
Gotta acuta causa di errori diagnostici . . 283
Gotta: cura dell'ascesso 1242
Gotta: idee e lavori recenti 698
Gotta: problemi di dietoterapia 901
Gotta: uso del colchico 1404
Gozzo esoftalmico: sul — 631
Gozzo esoftalmico: trattamento 477
Gozzo: lotta contro il — 876
Gozzo metastatico: se esista 631
Gozzo: profilassi e terapia 1011
Gradenigo; vedi Sindrome di —.
GRASSI B.: onoranze 355
Grassi e lipoidi nel sistema nervoso centrale 538
Grassi: metabolismo 282
Gravidanza: albuminuria 465
Gravidanza: carcinomi in — 1010
Gravidanza: cura della Taenia solium . . 31

Pag.
Gravidanza: dieta 1174
Gravidanza ectopica: dolori alla spalla . . 1302
Gravidanza: edemi 801
Gravidanza: ematurie 740
Gravidanza e postumi di encefalite letargica 707
Gravidanza e puerperio: alterazioni della bocca 13
Gravidanza e tubercolosi: rapporti . . 574. 1287
Gravidanza extrauterina: diagnosi 411
Gravidanza extrauterina: importanza diagnostica del dolore 877
Gravidanza extrauterina: rara complicanza cerebrale 174
Gravidanza: iniezioni di latte nei vomiti incoercibili 1608
Gravidanza: peneumotorace artificiale in — 1399
Gravidanda: reazione speciale del sangue nella — 944
Gravidanza tubarica: rotture 743
Gravidanza: uso dell'urotropina nel vomito 1175
Grocco; vedi Rumore di Flint-.
Guerra; vedi Invalidi di —, Malarici congedati.
Gunning; vedi Apparecchio di —.

H

Hanot; vedi Cirrosi di —.
Harder; vedi Glandola di —.
«Herpes febrilis» e «genitalis»: stato attuale delle nostre conoscenze 437
Herpes zoster: patogenesi e fisiologia patologica 1672
Herpes zoster: trattamento 845
Herpes zoster: uso della paraffina contro il dolore 347
Herpes; vedi anche Virus erpetico, Zoster.

I

Idiosincrasia chininica nei malarici 1404
Idiosincrasia da aspirina 784
Idiosincrasia; vedi anche Anafilassi, Intolleranza, Ipersensibilità.
Idrocefalo interno e sua cura chirurgica . . 876
Idrocefalo interno: ventriculoscopia 1145
Idrocefalo: studi sperimentali 73
Idrocele: cura radicale 1040
Idrocele essenziale: patogenesi 368
Idrofobia: vedi Rabbia.
Idrogeno solforato e acido iposolforato: ricerca e distinzione 80
Idrologia: congresso 745
Idrologia: legislazione attuale e sue auspicabili modificazioni 673, 1681
Idronefrosi: grandi ematurie 27
Idropisia grave: trattamento meccanico . . . 446
Igiene nei nuovi programmi scolastici . 1645
Igiene pubblica: Ufficio internazionale d'— 131
Igiene: vedi anche *Igienisti, Medicina sociale, Servizi igienico-sanitari.*
Igienisti: congresso 943
Igroma della borsa pre-rotulea: trattamento 512
Ileo da strozzamento: diagnosi 1232
Ileo: vedi anche Intestino, Osso iliaco.
Ileotifo: iniezioni endovenose di urotropina 188
Ileotifo: vedi anche Febbre tifoide, Infezione eberthiana, Tifo addominale.
Imene: struttura istologica ed evoluzione . 1207
Immunità delle piante: reazioni d'— . . . 981
Immunità e pelle 1112
Immunità e reazioni cutanee generalizzate nelle tigne 808
Immunità e ierpsensibilità: rapporti . . . 874
Immunità istogena: nuovi acquisti . . . 905
Immunità; vedi anche Anafilassi, Immunizzazione, Sieri, Vaccini.
Immunizzazione attiva con tossina-antitossina difterica 130
Impiegati comunali: condizione in rapporto all'indennità caro-viveri 513
Impiegati degli enti locali: annullamento di deliberazioni sullo stato economico . . . 1476

Pag.

Impiegati degli Enti locali: provvedimenti eccezionali 608
Impiegati degli enti locali; vedi anche *Revisione degli organici.*
Impiegati provvisori: licenziamenti . . . 1372
Impiegati; vedi anche *Impiego, Servizio.*
Impiego: condizioni 1610
Imposta di ricchezza mobile: a chi incombe l'obbligo di pagamento 818
Impotenza: vedi Azoospermia.
Inalatore: nuovo tipo 1493
Inalazioni a secco 189
Incontinenza d'urina: cause e trattamento . 738
Incontinenza « essenziale » d'urina e spina bifida occulta 412
Indacanuria e colesterinuria 503
Indennità caro-viveri: condizione degli impiegati comunali in rapporto alla — . . 513
Indennità caro-viveri: legittimità della concessione 818
Indennità caro-viveri: nuove disposizioni per la corresponsione 642
Indennità: vedi anche *Ispezioni sanitarie.*
Indice antiemolitico urinario 1217
Individualità e sistema nervoso vegetativo . 598
Individualità: vedi anche Costituzione.
Indolo: formazione in alcune affezioni polmonari 1674
Indumenti: pulitura a secco 511
Infanzia: adenite epitrocleare 254
Infanzia: adenopatie tracheo-bronchiali della seconda — 1368
Infanzia: « anafilassi da latte » 982
Infanzia: calcoli renali nelle prime settimane di vita 1664
Infanzia: cura della blenorragia 843
Infanzia: cura della malaria con la cinconina 1025
Infanzia: diagnosi e terapia della leishmaniosi 1168
Infanzia: eruzioni più comuni 346
Infanzia: febbre tifoide nella prima — . . 1133
Infanzia illegittima e abbandonata: assistenza 417, 577
Infanzia: masturbazione 997
Infanzia: opera del comune di Roma per la tutela della prima — 953
Infanzia: opoterapia della obesità 477
Infanzia: osservazioni sulla malaria . . . 157
Infanzia: prescrizione nella boccheruola . . 348
Infanzia: scorbuto (malattia di Barlow) . 1043
copolmonite acuta 318
Infanzia: trattamento della prurigine e dell'orticaria 1081
Infanzia: trattamento delle bronchiti e broncopolmoniti con iniezioni di etere 574
Infanzia: tubercolosi genitale 1300
Infanzia: vedi anche Baliatico, Bambino, Diatesi essudativa, Mancinismo, Osteomielite, Pediatria, Rachitismo.
Infarto asettico dei reni 28
Infezione da stafilococchi: valore diagnostico delle stafilolisine 871
Infestione da ascaridi e da ossiuri: ciclo . 1256
Infezione Eberthiana: caso raro 1163
Infezione Eberthiana: vedi anche Febbre tifoide.
Infezione erpetica sperimentale 907
Infezione melitense: cura 576
Infezione melitense: reazioni cutanee . . . 1249
Infezione melitense: sindromi dolorose . . 1541
Infezione melitense: vedi anche Febbre di Malta.
Infezione sperimentale da paratifo B . . . 1300
Infezione paratifica: vedi anche Paratifi.
Infezioni chirurgiche: vaccinoterapia . . . 1502
Infezioni biliari: complicazioni e calcolosi . 1452
Infezioni meningococciche: terapia 1568
Infezioni peritoneali e uterine: uso dell'etere nella cura e profilassi 1009
Infezioni peritoneali: reazione di Sgambati 1208, 1291, 1531, 1633

Pag.

Infezioni puerperali da anaerobi patogeni . 707
Infezioni puerperali: diagnosi differenziali . 127
Infezioni puerperali: irrigazioni endouterine 783
Infezioni puerperali; vedi anche Febbre puerperale.
Influenza a manifestazioni prevalentemente cutanee 1040
Influenza amicrobica ed encefalite sperimentale 158, 809
Influenza: mastoiditi primitive 140
Influenza; vedi anche Morbo spagnolo, Otiti grippali.
Infortuni in agricoltura: assicurazione contro gli — 288
Infortuni: perdita dei testicoli 1199
Infrazioni alle leggi sanitarie: accertamenti 480, 673
Inguine e ascella: diversità di temperatura . 348
Inguine: diagnostica delle adenopatie . . . 1569
Iniezione di chinino causa di paralisi . . . 1113
Iniezioni diagnostiche di tubercolina: danni 1605
Iniezioni di etere nella pertosse 188
Iniezioni di etere nelle bronchiti e broncopolmoniti infantili 574
Iniezioni di latte 1011
Iniezioni di latte nei vomiti incoercibili della gravidanza 1608
Iniezioni di metilarsinato sodico 784
Iniezioni di pituitrina nel parto distocico . 65
Iniezioni di salicilato sodico 1113
Iniezioni endomuscolari di arsenobenzoli: pericoli 749
Iniezioni endoperitoneali di etere per il trattamento della peritonite acuta purulenta diffusa 558, 590
Iniezioni endoperitoneali di etere per la profilassi e cura delle infezioni puerperali . . 1009
Iniezioni endorachidee di caffeina 878
Iniezioni endovenose di cloruro di calcio contro il vomito e la diarrea dei tubercolosi . 48
Iniezioni endovenose di cloruro di calcio nelle emorragie viscerali 532
Iniezioni endovenose iodoiodurate nella sicosi tricofitica 808
Iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie . . 1525
Iniezioni endovenose di urotropina nell'ileotifo 188
Iniezioni endovenose: limiti 541
Iniezioni intranodulari per la cura delle emorroidi 284
Iniezioni ipodermiche in Cassazione . . . 1409
Innesti arterio-arteriosi autoplastici: ricerche fisio-patologiche 1500
Innesti autoplastici 411
Innesti di ghiandole a secrezione interna . 1300
Innesti: vedi anche Plastiche, Trapianti.
Insegnamento superiore; vedi *Anatomia umana, Assistenti universitari, Facoltà medico-chirurgiche, Istituti scientifici, Istituti superiori d'insegnamento, Istituto interuniversitario, Professori universitari, Statistica, Studenti universitari, Studi superiori, Università.*
Insufficienza aortica 887
Insufficienza aortica: rumore di Flint-Grocco 945
Insufficienza cardiaca: nell'— 975
Insufficienza cardiaca: trattamento . . . 1144
Insufficienza mitralica: trasmissione auricolare del soffio 845
Insufficienza renale: prova della galattosuria 973
Insufficienza surrenale e pressione arteriosa 1011
Insufficienze cardiache monosintomatiche . . 1143
Insufflazione gassosa nel trattamento dell'occlusione intestinale 929
Insulina: l'— 1237
Insulina per il trattamento del diabete . . 911
1193, 1305, 1433, 1609
Insulina: preparazione, azione, valore terapeutico 1329

Pag.

Insulina: ricerche 1433
Insulina: stato attuale degli studi e comunicazioni sull'— 1487, 1489
Insulina; vedi anche Rimedi nuovi.
Interini; vedi Medici condotti interini.
Intertrigini: le — 346
Interventi; vedi Operazioni.
Intestino: arteriosclerosi 782
Intestino: fistola da ossiuri 1334
Intestino: insufflazione gassosa nell'occlusione 929
Intestino: lesioni nell'anafilassi 1112
Intestino mesenteriale: topografia (fattori organo-genetici) 344
Intestino: occlusione da rara forma di ernia interna 808
Intestino: perforazione da causa inedita . 1334
Intestino: ripiegature. Stipsi chirurgiche . 393
Intestino: stasi cronica da membrane pericecali e pericoliche 1298
Intestino: tecnica della resezione 1499
Intestino: tubercolosi stenosante 1366
Intestino: usura di ansa aderente a cicatrice cesarea, per azione di villi coriali; enterorragia 443
Intestino; vedi anche Cieco, Colon, Duodeno, Enteriti, Ernie, Gastroenteriti, Ileo, Lambliosi, Mega-sigma, Pneumatosi cistica, Sigmoidite, Vermi.
Intolleranza per le irradiazioni: sintomi . 1272
Intolleranza; vedi anche Idiosincrasia.
Intossicazione da mononitrobenzolo: sull'— 1490
Intossicazioni e nefropatie 1014
Intossicazioni gravidiche: rapporti della placenta con le — 1261
Intossicazioni; vedi anche Avvelenamenti.
Intradermoreazione nella febbre di Malta . 1492
Intradermoreazione regionale e tubercolosi chirurgica 1121
Invalidi di guerra: assistenza sanitaria . . 257
Iodio: influenza sul ricambio 1011
Ioduri alcalini: influenza nei malati arterocardio-renali 1571
Iodio; vedi anche Denti.
Ioni metallici e radiazioni secondarie: azione antibatterica 905
Ionizzazione; vedi anche Ascessi tubercolari.
Ionoforesi argentica e cuprica 1107
Ionoforesi: studi sperimentali 280
Ionoforesi; vedi anche Raggi secondari.
Ipereccitabilità sessuale: anestetici locali . 572
Iperemia; vedi Tubercolosi.
Ipernefroma: origine e sintomatologia . . 575
Ipernefroma: contributo clinico 207
Iperpiressia nel trattamento dell'asma . . 511
Iperplasia muscolare congenita 1606
Ipersensibilità ed immunità: rapporti . . 874
Ipersensibilità; vedi anche Idiosincrasia.
Ipertensione arteriosa: patologia 21
Ipertensione arteriosa: significato per il medico pratico 1661
Ipertensione arteriosa: terapia farmacologica 1492
Ipertensione arteriosa: sull'— 780, 978
Ipertensione del liquor e quoziente rachidiano 1332
Ipertensione; vedi anche Pressione.
Ipertiroidismo: radioterapia e prova di Goetsch 1599
Ipertricosi: nell'— 1406
Ipoacusia causata da chinino 876
Ipoalimentazione del lattante: importanza della diagnosi 92
Ipodermoclisi: liquidi usati 570
Ipofaringe dell'uomo: morfologia 345
Ipofisi: azione dell'estratto sulla coagulazione del sangue 671
Ipofisi: irradiazione causa di sindromi rachitiche 280
Ipofisi: preparazione degli estratti 911
Ipofisi: sindrome chiasmatica nelle affezioni dell'— 897

Pag.

Ipofisi: sindrome del seno cavernoso da tumore dell'— 1008
Ipofisi; vedi anche Estratto pituitario, Pituitrina.
Irradiazione dell'ipofisi: sindromi rachitiche conseguenti 280
Irradiazioni: sintomi d'intolleranza . . . 1272
Irradiazioni; vedi anche Fototerapia, Radioterapia.
Irrigazioni endo-uterine nelle infezioni puerperali 783
Ischialgia reumatica: trattamento 1040
Ischialgia; vedi anche Nevralgia sciatica.
Iscrizione dei sanitari nell'Albo: limiti dell'obbligo 387
Iscuria e calcolosi 1400
Ispezioni sanitarie fuori del centro abitato: indennità 321
Istituti bibliografici 1371
Istituti scientifici: per le dotazioni agli — 1665
Istituti superiori d'insegnamento: riordinamento e crisi della produzione scientifica . 161
Istituti superiori; vedi anche Università.
Istituto Italiano d'Igiene, Assistenza e Previdenza sociale 196, 885, 1679
Istituto interuniversitario italiano 421
Istruzione superiore; vedi Insegnamento superiore.
Italia in un giudizio di Rénan 350
Italia: se esista la dissenteria amebica in — 1556
Italia: genio creatore 448
Itteri: differenziazione 907
Itteri tifo-paratifici 1562, 1606
Ittero catarrale 62
Ittero emolitico 1367
Ittero emolitico in pneumococciemia primitiva con pneumonite secondaria 1606
Ittiolo del Trentino 1401

J

JENNER ED.: biografia 696
Jodio, Joduri; vedi Iodio, Ioduri.
Joni, Jonizzazione, Jonoforesi; vedi Ioni, Ionizzazione, Ionoforesi.
JOSUÉ O. 897

K

Köhler; vedi Malattia di —.

L

Labbra: risultati dell'intervento per cancro 939
Labbro leporino in bambino: anestesia . 1337
Lab-fermento: determinazione 1206
Labirinto: distruzione sperimentale . . . 945
Lambliosi intestinale 1492
Lamino-artrectomia lombare, per sindrome funicolare 1200
Lange; vedi Reazione di —.
Langer e Krager; vedi Metodo di —.
LANGLOIS J.-P. 897
Laringectomia: ricostruzione della breccia faringo-esofagea 872
Laringe: paralisi da alcool 709
Laringe: radiumterapia profonda del cancro 154
Laringe: verruca spinosa 1604
Larve di mosche nel condotto uditivo esterno 210
Lassativo: pericoli della fenolftaleina come — 285
LA TORRE F. 166
Lattante: diagnosi di ipoalimentazione . . 92
Lattante: enfisema delle linfoglandole mesenteriche 945
Lattante: enterite muco-membranosa . . . 669
Lattante: impiego alimentare dell'olio di oliva 1405
Lattanti: cura della stipsi 1641
Lattanti; vedi anche Eczema, Infanzia.

Pag.

Latte: anafilassi da — nell'infanzia . . . 982
Latte annacquato o adulterato: repressione del commercio 882
Latte per iniezioni 1011
Latte per iniezioni nei vomiti incoercibili della gravidanza 1608
Latte: secrezione in rapporto con la dieta . 129
Laugier; vedi Ernia di —.
Lavoro nei cardiaci 1141
Lavoro: tutela igienica 192, 320
Lavoratori con i raggi X: pericoli e protezione 1146
Lebbra: profilassi 125, 1340
Lebbrosi: pro — 1410
Legamento rotondo: fibroma 177
Legamento rotondo: formazione ossea, tubercolosi e adenomioma 1207
Legge contro il commercio abusivo degli stupefacenti 287
« Legge del cuore »: sulla così detta — . . 1423
Legge di Colles 572
Legge sanitaria: accertamento d' infrazioni 480, 673
Legislazione idrologica attuale e sue auspicabili modificazioni 673, 1681
Legislazione sanitaria nelle nuove provincie. 1048
Legislazione sanitaria; vedi anche *Amministrazione sanitaria, Enti locali, Leggi, Manicomi, Medicina sociale, Politica sanitaria, Ordinamenti sanitari.*
Legumi: brodi di — 413
Leishmaniosi infantile: diagnosi e terapia . 1168
Leiomioma complicato ad ernia scrotale . 1298
Lettori: giudizi e auguri 167
Leucemie acute: varietà cliniche 1433
Leucemie: roentgenterapia 1492
Leucociti: corpuscoli nella scarlattina . . 405
Leucociti; vedi anche Cellule giganti, Leucocitosi, Leucopenia.
Leucocitosi da processi suppurativi: schema di Arneth 721
Leucocitosi digestiva 1237
Leucocitosi ed acido cloridrico 1238
Leucopenia vagotonica: riflesso addominale del vago 30
Leucoplasia boccale 1342
Leucoplasia: la — 748
Libera docenza e riforma delle Università . 1513
Libere docenze: a proposito del conferimento delle — 98
Licenziamento d'impiegati provvisori . . . 1372
Licenziamento, riassunzione e periodo di prova 321
Licenziamento per fine di periodo di prova del medico condotto 361, 1245
Licenziamento per soppressione di posto . . 850
Licenziamento; vedi anche *Organici, Stabilità.*
Linfoglandole e tessuti: puntura per la ricerca del « Treponema pallidum » . . . 273
Linfoglandole mesenteriche: enfisema in lattante 945
Linfogranuloma inguinale: eziologia . . . 1494
Linfogranuloma: ricerche 907
Linfogranulomatosi subacuta 1140
Lingua: diagnosi differenziale dell'ulcera . 708
Liquidi usati per ipodermoclisi 570
Liquido cefalo-rachidiano: modificazioni della pressione in un caso di tumore centrale 282
Liquido cefalo-rachidiano: origine 319
Liquido cefalo-rachidiano: potere riducente 750
Liquido cefalo-rachidiano: reazione di Wassermann 793, 820
Liquido cefalo-rachidiano: reazioni al mastice e al benzoino 282
Liquido cefalo-rachidiano; vedi anche Liquor.
Liquor: circolazione 606
Liquor: ipertensione e quoziente rachidiano 1332
Liquor: produzione e vie di eliminazione . 1434
Liquor: reperti in conigli normali . . . 825
Liquorterapia (Auto-) nella cura dei postumi della encefalite letargica 251
Liquor: valore diagnostico della pressione . 1328
Liquor; vedi anche Liquido cefalo-rachidiano.
Liquore e tavolette di Uzara 1178
Lipoidi: i — 1169
Lipoidi nel sistema nervoso centrale . . . 538
Lipoma della guaina carotidea 1238
Lipomatosi articolare sistemica 1501
Lisi batterica 1237
Lisi batterica; vedi anche Batteriofago.
Litiasi renale: contributo 412
Litiasi renale: sintomi e diagnosi 532
Litiasi vescicale dopo la prostatectomia soprapubica 1663
Litiasi: vedi anche Calcoli, Calcolosi.
Litofagia abituale 1399
Lombi; vedi Murmure vescicolare.
Longevità e felicità 607
Longevità: prognosi 1407
Longevità; vedi anche Mortalità.
Loos A. 1246
Luce solare ed artificiale nella profilassi e nella cura della rachitide 156
Luce; vedi anche Elioterapia, Fototerapia, Sole artificiale.
Lue; vedi Sifilide.
Luminal nell'emicrania 220
Luminal per il trattamento dell'epilessia . 571
Lussazione abituale della rotula: nuovo metodo operativo per la cura 409
Lussazione congenita dell'anca 1508
Lussazione della colonna vertebrale . . . 1173
Lussazione dello scafoide da trauma . . . 1207
Lussazione iliaca e frattura del femore . . 1207

M

Macchie corneali: cura 1673
Magnesio solfato; vedi Solfato di magnesia.
Malaria autoctona in Milano nel periodo post-bellico 281
Malaria: azione attivante dei traumi chirurgici e del partò 387, 498, 1099, 1100
Malaria: campagna contro la — nel suburbio di Roma 337
Malaria: causa di polineurite grave . . . 1350
Malaria e animali domestici 30
Malaria e sindrome di Addison 426
Malaria: idiosincrasia chininica 1404
Malaria infantile: cura con la cinconina . 1025
Malaria infantile: osservazioni 157
Malaria: inoculazione per la cura della paralisi progressiva 1392
Malaria in Russia: fattori sociali 1410
Malaria latente e pseudo-crisi nitritoidi da salvarsan in sifilitici 1603
Malaria latente: riattivazione 814
Malaria latente: valore diagnostico dell'urobilinuria 894
Malaria nella questione meridionale . . . 700
Malaria: per la diagnosi di — 912
Malaria: produzione sperimentale per mezzo dei gameti (semilune) 343
Malaria: radioterapia 53
Malaria: recidive 543
Malaria: sequele lontane 1567
Malaria: terapia cinconinica 464, 1025
Malaria: vedi anche Chinino di Stato, Febbri provocate, Malarici.
Malarici congedati: assegni ai sanitari . . 164, 228, 260, 291, 323, 353
Malariologi: convegno 757, 790
Malattia del Marchiafava (degenerazione del corpo calloso) 860
Malattia delle « ossa di marmo » 1199
Malattia di Barlow (scorbuto infantile) . . 1043
Malattia di Köhler del 2° metatarseo . . . 381
Malattia di Köhler: casistica 1044
Malattia di Schönberg-Albers 1199
Malattia di Thomsen 471
Malattia sacroiliaca e sciatica 812
Malattie artero-cardio-renali: influenza degli ioduri alcalini 1571

Pag.

Malattie: assicurazione contro le — 33, 226, 289, 322, 323, 386, 513, 547
Malattie cutanee: uso terapeutico del solfo . 440
Malattie cutanee; vedi anche Pelle.
Malattie croniche: decorso in rapporto alle macchie solari 32
Malattie da carenza 942
Malattie e medici di Benvenuto Cellini . . 869
Malattie epatiche: coefficiente uroemolitico. 857
Malattie ginecologiche; vedi Ginecologia.
Malattie infettive: denunzia 1512
Malattie infettive generali: costante di Ambard 1492
Malattie infettive in Italia 261, 354, 676, 820, 1545
Malattie mentali: rapporti con quelle ginecologiche 743
Malattie mentali; vedi anche Psicosi.
Malattie nervose; vedi Neuropatie.
Malattie oculari; vedi Occhi.
Malattie professionali nelle osservazioni anatomo-patologiche di G. B. Morgagni . . . 875
Malattie renali; vedi Reni.
Malattie rettali; vedi Retto.
Malattie subacute del polmone: nuovo segno di predisposizione e applicazioni pratiche . 1553
Malattie senza prognosi 130
Malattie sessuali; vedi Malattie veneree, Morale sessuale.
Malattie somatiche: sintomi mentali nelle — 274
Malattie venereo-sifilitiche: nuovo regolamento per la profilassi 544
Malattie venereo-sifilitiche: osservazioni sul nuovo regolamento per la profilassi . . . 1574
Malattie veneree: profilassi . 124, 416, 1008, 1441
Malattie; vedi anche Morbi.
Mal di mare: patogenesi 472
Mal di mare: trattamento 1530
Mammella: operazione radicale per cancro . 1010
Mammella: trattamento del carcinoma . . 1111
Mammella: radioterapia del carcinoma . . 281
Mammelle: revivescenza nell'uomo, da cirrosi epatica 1607
Mammelle; vedi anche Capezzoli, Glandola mammaria, Mastite, Seno.
Mancinismo nell'infanzia: eredità 217
Mandibola: modificazione all'apparecchio Gunning per la cura delle fratture . . 945
MANGIAGALLI L.: onoranze 70
Mani; vedi Aponevrosi, Metacarpi e falangi.
Manicomi giudiziari: disposizioni per il personale alienistico 642
Manicomi: per la riforma della legge sui — 1512
Manicomi; vedi anche *Assistenza manicomiale, Ospedali psichiatrici.*
MARAGLIANO E.: discorsi 1448, 1475, 1494
Marche; vedi Studi superiori.
MARCHETTI G. 897
Marchiafava; vedi Malattia del —.
Masnata G.: reintegrazione 419
Mastice; vedi Reazioni .
Mastite acuta suppurata: trattamento . . 128
Mastite; vedi anche Mammelle.
Mastoiditi primitive influenzali 140
Mastoiditi: prova agglutinante 844
Masturbazione infantile 997
Maternità; vedi Asili materni.
Matrimonio e segreto professionale del medico 256
Matrimonio e sifilide 1362
Matrimonio; vedi anche Certificato prematrimoniale.
Mediastino: metastasi di neoplasma del fegato 1333
Mediastino; vedi anche Torace.
Medicazione endovenosa: limiti 541
Medicazione endovenosa; vedi anche Iniezioni endovenose.
Medici: albo di firme nelle Farmacie . . . 387
Medici: assegni per assistenza ai malarici congedati . . . 164, 228, 260, 291, 323, 353
Medici ciarlatani e ciarlatani medici . . . 1015
Medici coloniali: norme per il reclutamento nel Congo Belga 951
Medici: condizione giuridica negli Stati Uniti 385
Medici condotti: congresso . . . 1020, 1307, 1409
Medici condotti: licenziamento per fine di periodo di prova 321, 361
Medici condotti: licenziamento per soppressione di posto 850
Medici condotti: per lo stipendio e la pensione 289
Medici condotti: poteri del Comune per la nomina 417
Medici condotti stabili: licenziamento . . 224
Medici condotti: stabilità nel caso di successione fra Enti 224
Medici condotti: servizio utile agli effetti degli aumenti di stipendio 752
Medici condotti: valutazione del servizio interinale nel periodo di prova per la stabilità 1544
Medici condotti; vedi anche *Cassa pensione, Impiegati, Servizio comunale.*
Medici dei manicomi giudiziari: disposizioni 642
Medici delle guardie di città e condizioni d'impiego 1610
Medici deputati 281
Medici di bordo: nuove disposizioni . . . 450
Medici di bordo: varie 581, 1015, 1674
Medici di bordo; vedi anche *Servizio sanitario a bordo.*
Medici direttori di Ospedali 1609
Medici e farmacisti: divieto di convenzioni 949
Medici ex-ufficiali combattenti: per i — 1575, 1679
Medici ferroviari 1020
Medici infortunisti: convegni 162, 1268
Medici italiani al Brasile: Associazione «Ars medica» 955
Medici italiani laureati all'Estero: esercizio nel Regno 479, 1017
Medici italiani: opportunità di organizzazione 942
Medici manicomiali: gerarchia 1107
Medici manicomiali: limiti di età per i concorsi 449
Medici manicomiali: pei — 989
Medici manicomiali; vedi anche *Medici dei Manicomi giudiziari.*
Medici ospedalieri: graduatoria e nomina . 250
Medici ospedalieri: nomina senza concorso . 1610
Medici ospedalieri: norme per la nomina . 351
Medici ospedalieri; vedi anche *Medici direttori di Ospedali.*
Medici: pregiudizi in pediatria 1059
Medici rimpatriati per la guerra: esercizio professionale 1916
Medici specialisti 951
Medici stranieri: disciplina dell'esercizio professionale nel Regno 225, 643
Medici; vedi *Giuramento dei neo —.*
Medici: uso dell'esperanto 629
Medici; vedi anche *Dimissioni, Diritti acquisiti, Enti locali, Impiegati, Impiego, Medico, Mestiere di tutti, Ordini, Pensioni, Professione sanitaria, Professionisti, Sanitari, Servizio.*
Medicina e farmacia militare: congresso . 841
Medicina e fisiologia 91
Medicina: il mestiere di tutti 514
Medicina interna: comunicazioni varie . . 91, 93, 781, 1490
Medicina interna: importanza della chimica fisica in — 55
Medicina legale: comunicazioni varie . . . 125
Medicina nell'antica Roma 1113
Medicina scolastica; vedi Servizi medico-scolastici.
Medicina sociale; vedi *Aborto, Alcoolismo, Asili materni, Assistenza, Assicurazioni, Baliatico, Educazione, Gozzo, Lebbra, Propaganda igienica, Scandalo ammonitore, Servizi igienico-sanitari, Stupefacenti, Tubercolosi, Vaiolo.*

Pag.

Medicina: storia; vedi Storia della medicina.
Medicina; vedi anche Arte sanitaria, Scienza medica.
Medicinali: vigilanza; frodi gravi nel commercio dei — 67
Medicinali: vigilanza; vedi anche *Arsenobenzoli.*
Medico caduto in guerra: bozzetto del monumento al — 259
Medico caduto in guerra: per la celebrazione del — 421, 1212, 1514
Medico caduto in guerra: sede del monumento 754
Medico caduto in guerra: sottoscrizione . 67, 99, 132, 163, 193, 228, 290, 324, 389, 421, 451, 517, 581, 611, 645, 676, 714, 755, 819, 1575, 1611, 1647
« Medico di famiglia »: il — 350
Medico ferroviario di reparto: nomina, residenza 643
Medico: la fiducia nel — 418
Megacolon congenito con eviscerazione . . . 1127
Megasigma: casistica 891
Meinicke; vedi Reazione di —.
Melanine: origine 93, 447
Melanosi e argiria (da argento e neosalvarsan) 1548
MELLONI A. 71
Membrane pericecali e pericoliche causa di stasi intestinale 1298
Membrane peritiflocoliche: autoplastica secondo Taddei 58
Meningite acuta sifilitica in periodo secondario precoce 1322
Meningite acuta sifilitica in periodo terziario 1318
Meningite così detta sierosa 727
Meningiti pseudo-cistiche della convessità in seguito ad otite 708
Meningite sierosa acutissima consecutiva a morbillo 1010
Meningite tubercolare dell'adulto: sintomi di allarme 811
Meningite tubercolare: epidemiologia . . . 1642
Meningite tubercolare: guaribilità 148
Meningogocco: mobilitazione 816
Meningococco: terapia delle infezioni da — 1568
Meniscite cronica 247
MERCK E. A. 487
Mercurio causa di dermatosi 749
Mercurio e arsenobenzoli: valore curativo nella sifilide 1541
Mesenterio: enfisema delle linfoglandole in lattante 945
Mesenterio; vedi anche Intestino, Mesenterite.
Mesenterite sclerosante: ricerche sperimentali 1499
Mesocolon traverso: sclerosi nell'ulcera duodenale 924
Mestiere di tutti: il — 514
Mestruazioni: prevenzione delle emottisi . 1369
Mestruazioni; vedi anche Roentgenterapia.
Metabolismo dei grassi 282
Metabolismo e secrezioni interne: rapporti 213
Metacarpi e falangi: applicazione di trapianti ossei 311
Metatarseo: malattia di Köhler del 2º — . . 381
Metilarsinato sodico per iniezioni 784
Metriti emorragiche: radiumterapia . . . 779
Metriti; vedi anche Utero.
Metodi Costa; vedi Dilatazione permanente del bacino, Reazioni.
Metodo Citelli per la cura dei tumori maligni 843
Metodo Ferrier nella terapia ricalcificante della tubercolosi 814
Metodo di Langer e Krüger per la diagnosi batteriologica della difterite 553
Metodo Sippy per il trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale 1335
Metodo volumetrico del Fehling per la determinazione degli zuccheri: modificazioni 432

Pag.

Micetoma del piede 1502
Microbi; vedi Microrganismi.
Micrococco melitense: reazioni cutanee nell'infezione da — 1249
Microrganismi: azioni reciproche 1039
Microrganismi; vedi anche Bacilli, Batteri, Gonococco, Micrococco, Pneumococco, Protozoi, Spirilli, Spirocheti, Stafilococco, Streptococco, Treponema.
Microscopia; vedi Ultra —.
Midollo cervicale: importanza per il tono muscolare e la postura del corpo 1292
Midollo osseo: istogenesi e meccanismo di formazione delle cellule giganti 282
Midollo spinale: tumori 470
MIGLIORI D. 519
Milano; vedi Febbre melitense.
Milza: assenza congenita 575
Milza: azione sul ricambio intermedio . . 1493
Milza: contributo allo studio della guarigione delle ferite 1500
Milza: fisiologia e patologia 879
Milza: nuova funzione 254
Milza succenturiata: enorme cisti emorragica 1500
Milza: variazioni della colesterina durante l'autolisi asettica 1493
MINOSSI E. 584
Mioclonia di Unverricht: contributo clinico . 686
Mioclonie: le — 83
Miopatie distali tardive 1072
Miopatie; vedi anche Atrofia muscolare, Distrofia muscolare, Iperplasia muscolare.
Mixedema: diagnosi 218
Mola vescicolare e corpo luteo 803
Monumento al Medico caduto in Guerra: bozzetto 259
Monumento al Medico caduto in Guerra: sede 754
Morale sessuale: la — 414
MORATTI A. 1280
Morbillo: etiologia 1166
Morbillo: meningite sierosa acutissima consecutiva 1010
Morbillo: prognosi 157
Morbo di Addison di origine sifilitica . . . 749
Morbo di Flajani-Basedow 1367
Morbo di Pott: anatomia patologica e cura degli ascessi spondilitici 1299
Morbo di Pott: diagnosi 504
Morbo spagnolo e sindromi cerebellari . . 1492
Morbo; vedi anche Malattie.
Morbosità; vedi Cronaca epidemiologica.
MORESCHI C.: commemorazione 822, 1135
Moreschi C.: quale parte gli spetta nella reazione della deviazione del complemento . . 60
Morfina: aggiunta all'olio canforato . . . 1145
Morgagni G. B.; vedi Malattie professionali.
Morsi da serpenti 1147
Morso della vipera: sintomatologia, cura, profilassi 1423
Mortalità da tumori maligni 1496
Mortalità; vedi anche Longevità.
Morte improvvisa causata da blocco meccanico del cuore 945
Morte; vedi anche Agonia.
Mosche: distruzione 879
Mosche: larve nel condotto uditivo esterno 210
Murmure vescicolare: ascoltazione sulle regioni lombari 1435
Muscolo grande adduttore: tumore 508
Muscoli: iperplasia congenita 1604
Muscoli; vedi anche Miopatie.
Mutui per opere igieniche 416

N

Nageotte; vedi Trapianto alla —.
Narcosi; vedi Anestesia, Cloronarcosi, Eteronarcosi.
Nascite: eccesso di — 1046

Pag.

Naso: cisti dermoide del dorso del — . . . 1422
Nasofaringe cause di tosse 1013
Nasofaringe; vedi anche Rinofaringe.
Naso; vedi Otorinolaringologia, Respirazione nasale, Vaccinazioni, Rinofima, Vie aeree.
Natalità; vedi Popolazione.
Nefralgie ematuriche ed ematurie renali . 27
Nefrectomia contemporaneamente trans ed extraperitoneale 1662
Nefrectomia: importanza della costante . . 736
Nefrectomia per rene policistico 1400
Nefrite causa di edema polmonare: trattamento con legatura degli arti 28
Nefrite latente: edema palpebrale 255
Nefriti acute e croniche: azione dei traumi 1490
Nefriti croniche: dietetica 1210
Nefriti tubercolari e febbri oscure 1491
Nefriti, Nefritici; vedi anche Cardiorenali, Epatonefriti, Nefropatie, Perinefriti, Urina.
Nefro-colonpessia per via lombare 1224
Nefropatie e bilancio tossico 1014
Nefroptosi 1109
Nemaspermi; vedi Azoospermia.
Neonati: profilassi e cura dell'oftalmoblenorrea 985
Neonati: profilassi dell'olfatmoblenorrea . 1305
Neoplasie: radiumterapia con emanazione di radio e aghi radiferi 1424
Neoplasmi endotoracici 1110
Neoplasie, Neoplasmi; vedi anche Tumori.
Neosalvarsan: controindicazioni 255
Neosalvarsan e argento causa di melanosi e di argiria 1541
Neosalvarsan; vedi anche Asenobenzoli.
Nervi: esiti lontani del trapianto alla Nageotte 806
Nervi periferici: traumatismi 1078
Nervi: trapianti 1496, 1497
Nervi cranici; vedi Sindrome dello spazio retroparotideo.
Nervo depressore: resezione nell'angina pectoris 1041
Nervo mascellare: rivendicazione storica . 807
Nervi; vedi anche Radici, Sindromi, Sistema nervoso.
Nervosismo nella scuola 1439
Nettezza; vedi Pulizia.
Neuriti: diagnosi differenziale 983
Neuriti; vedi anche Poli-.
Neurofibroma cervicale 382
Neurologia: congresso 1602
Neuropatie; vedi Herpes Zoster, Neuralgie, Neurosi, Parkinsonismo, Prurito nervoso, Sifilide nervosa, Sindrome chiasmatica, Sistema nervoso, ecc.
Neurosi: fenomeni di — nell'encefalite infettiva 252
Neurosi: nuova sistematica 1010
Neurosi; vedi anche Nervosismo, Psiconeurosi.
Neurosifilide: terapia arsenobenzolica . . . 26
Neurosi traumatica e riflesso cremasterico . 1108
Neve carbonica per il trattamento degli angiomi 1395
Nevralgia della metà inferiore del capo . . 1072
Nevrosi; vedi Neurosi.
Nitrato d'argento per il trattamento dell'oftalmoblenorrea 570
Nitrobenzolo: intossicazione da — 1490
Noce vomica causa di asma anafilattico . . 1010
Nomina dei medici condotti: potere del Comune 417
Nomina di concorrenti: attribuzioni dei consigli comunali 1477
Nomina di medico ospedaliero senza concorso 1610
Nomina: rimedi giuridici contro i provvedimenti definitivi 320
Nomine: efficacia riguardo a concordati fra libere associazioni ed enti 1019

Pag.

Nomine in base a concorsi: diritto di scelta 752
Nomine: norme 713
Nomine nuove: esplicazione del nuovo decreto concernente la revisione degli organici e dei titoli di preferenza 1509
Nomine provvisorie di ufficiali sanitari . . 480
Nomine; vedi anche *Concorsi, Organici.*
Norme di nomina; vedi *Nomine.*
Norme di servizio: limiti delle modificazioni 417
Norme di servizio; vedi anche *Capitolati, Organici.*
Nutrizione: influenza sulla resistenza e rigenerazione del sangue nell'anemia da salasso 400

O

Obersteiner H. 37
Obesità ed encefalite letargica 1107
Obesità grave: casistica 314
Obesità infantile: opoterapia 477
«Occhi di bambola»: intorno al fenomeno degli — 265, 302
Occhi: cefalalgie causate da affezioni degli — 605
Occhio: localizzazione ed estrazione di corpi estranei 129
Occhio: eredità delle malattie 1206
Occhio: pronto soccorso nelle lesioni dell' — 606
Occhio vivente: microscopia 1009
Occhio; vedi anche Cheratite, Cecità, Congiuntivite, Cornea, Emianopsia, Glaucoma, Oftalmoblenorrea, Palpebre, Pupille, Strabismo, Tracoma.
Occlusione intestinale da rara forma di ernia interna 808
Occlusione intestinale: trattamento con insufflazione gassosa 929
Occlusione; vedi anche Ostruzione. Strozzamento.
Odontoiatria: diploma straniero per l'esercizio in Italia 190
Oftalmoblenorrea dei neonati: profilassi e cura 985, 1305
Oftalmoblenorrea: trattamento con nitrato d'argento 570
Olecrano: fratture e mobilizzazione . . . 1241
Olio canforato alla morfina 1145
Olio canforato: inconvenienti delle alte dosi 1572
Olio di oliva: impiego nell'alimentazione del lattante 1400
Olio di ricino 1242
Omentite cronica fibroplastica 1499
Omento: torsione intraaddominale 1500
Omero: pseudoartrosi 1497
Onda dicrota: origine 570
Onorari per i periti in materia penale e civile: nuove disposizioni 848
Operai; vedi Lavoro.
Operandi ed operati: a proposito di cura pre e post-operativa 335
Operazione di Talma nei riguardi della funzionalità epatica 981
Operazioni addominali e embolismo polmonare consecutivo 1368
Operazioni chirurgiche: influenza sulla malaria 187, 498, 1099, 1100
Operazioni; vedi anche Chirurgia ed i singoli Organi.
Opere antitubercolari: per le — 610
Opere igieniche: mutui per — 416
Opere igieniche: per le — 320
Opere pubbliche: assegnazioni di mutui . . 257
Opere pubbliche; vedi anche *Acquedotti.*
Opoterapia antiomosessuale e bisessualità . 1604
Opoterapia dello scleroderma 966
Opoterapia pancreatica dell'eczema dei poppanti 1673
Optochina: dosaggio 349
Ordinamenti sanitari: osservazioni 1114
Ordini dei Medici: Congresso federale . . . 644
Ordini dei medici: iscrizione negli Albi e cancellazione 1244

Pag.

Ordini dei medici: rapporti con l'Istituto Italiano d'Igiene sociale 92
Ordini dei medici: varie 34, 98, 226, 227, 352, 389, 451, 1051, 1646
Ordini dei medici; vedi anche *Albo.*
Ordini dei Sanitari: per la riforma della legge 987
Ordini dei sanitari: pubblicità dei provvedimenti deliberati 479
Orecchio: distruzione cloroformica sperimentale del labirinto 945
Orecchio esterno: presenza di larve di mosche 210
Orecchio: trattamento dell'eczema acuto . . 542
Orecchio; vedi anche Otiti, Piosetticemie otogene, Udito, Sindrome di Gradenigo, Timpano, Otosclerosi,
Orfani dei sanitari: per il collegio degli — 1610
Organi digerenti; vedi Aerofagia, Appendice, Borborigmi, Digestione, Dispepsie, Esofago, Fame, Intestino, Piloro, Stomaco.
Organi genitali: influenza dello stato funzionale sul contenuto in azoto 844
Organi genitali: tubercolosi nell'infanzia . 1300
Organi genitali femminili: tubercolosi . . 800
Organi genitali femminili: tubercolosi insospettata causa di sterilità 443
Organi genito-urinari; vedi anche Annessiti, Cisti spermatica, Deferenti, Eunucoidismo, Ipereccitabilità sessuale, Opoterapia antiormonica, Ovaie, Papillomatosi ureterale, Testicoli, Trombe di Falloppio, Vie urinarie.
Organi ghiandolari: trapianti peduncolati . 1497
Organici degli Enti locali: a proposito di revisione di — 1306
Organici: criteri e norme per la revisione degli — 913
Organici degli impiegati degli Enti locali: revisione degli — 848
Organici: emendamenti della revisione? . . 1084
Organici: esplicazione del nuovo decreto concernente la revisione degli — e i titoli di preferenza nei casi di nuove nomine . . 1509
Organici: istruzioni ministeriali per l'applicazione delle norme eccezionali di revisione degli — 1017
Organici: modificazioni delle norme concernenti la revisione 1476
Organici; vedi anche *Commissione medica di competenza.*
Organoterapia: applicazione dei principii di endocrinologia all' — 213
Organizzazione della classe medica: opportunità 942
Ormoni sessuali: recenti vedute 89
Ormoni: valutazione con la prova dell'oro colloidale e del permanganato potassico . 1494
Oro colloidale e permanganato potassico: prova per la valutazione degli ormoni . . 1494
ORTH J. 197
Orticaria e prurigine: trattamento nei bambini 1081
Ortopedia: comunicazioni varie 1508
Orzo: ricerche sulla resistenza all'invecchiamento di alcuni enzimi 905
Ospedali: associazione italiana dei direttori sanitari 162
Ospedali psichiatrici e gerarchie mediche . 1107
Ospedali psichiatrici; vedi anche Manicomi.
Ossa: atrofia da disuso 413
Ossa: diagnosi differenziale dei tumori maligni 670
«Ossa di marmo»: malattia delle — . . . 1199
Ossa: studi sulla rigenerazione 280
Ossa: risultati della cura elio-marina nella tubercolosi 1501
Ossa: trapianti applicati alla riparazione dei metacarpi e delle falangi 311
Ossa; vedi anche Ascessi ossifluenti, Esostosi, Malattia di Köhler, Ortopedia, Osso, Osteiti, Osteoartriti, Osteocondriti, Osteopsatirosi, Osteosarcoma.

Pag.

Ossietiltriiodometano per il trattamento della pertosse 982
Ossigenoterapia 1212
Ossiurasi: trattamento col salvarsan . . . 334
Ossiuri causa di fistola intestinale 1334
Ossiuri e ascaridi: ciclo d'infestione 1256
Osso iliaco: osteomielite nei fanciulli . . . 1045
Osteite fibrosa: vaccinoterapia 671
Osteoartrite dell'anca 244
Osteoartrite sacro-iliaca e sciatica 812
Osteo-artrite tubercolare della sinfisi pubica 910
Osteo-artriti sifilitiche 748
Osteo-artriti tubercolari: elioterapia . . . 1274
Osteo-condrite deformante giovanile . . . 1241
Osteomalacia: cura 1046
Osteomielite cronica 1198
Osteomielite dell'ileo nei fanciulli 1045
Osteopsatirosi idiopatica e sistema endocrino: rapporti 775
Osteosarcoma del bacino: radioterapia . . 875
Osteosarcoma della tibia e perone: resezione con trapianto osseo 1501
Osteotenia rapida 61
Ostetricia e ginecologia: comunicazioni varie 707, 740, 778
Ostetricia e ginecologia: valore clinico del processo di sedimentazione degli eritrociti 584
Ostetricia: uso dell'ergotina 1406
Ostetricia; vedi anche Eclampsia, Ginecologia, Infezioni, Parto, Puerperio, Scuole.
Ostruzioni ileo-coliche: ileocolontrasversostomia 93
Otite: meningiti pseudo-cistiche consecutive della convessità 708
Otiti grippali: trattamento 253
Otorinolaringoiatria: apparecchio a visione stereoscopica di von Eicken 186
Otorinolaringologia; vedi anche Ipofaringe, Orecchio, Respirazione nasale.
Otosclerosi e gestazione 672
Ovaia erniata incarcerata nel canale di Nuck 667
Ovaie: pazzia in donne private di — . . . 214
Ovaie: radioeccitamento nelle disfunzioni . 217
Ovaie; vedi anche Annessi uterini, Sarcoma.

P

PAGNIELLO R. 1445
Palato; vedi Velopendolo.
Palpebre: edema nella nefrite latente . . 255
Palpebre; vedi Blefarite, Congiuntivite granulosa.
Pancreas accessorio: reperto 26
Pancreas: ascite chiliforme nel decorso di un cancro del — 1334
Pancreas: cisti del — 281, 994
Pancreas: modificazioni istologiche nei colombi in avitaminosi 810
Pancreas: valore semeiologico del sondaggio duodenale nelle malattie del — . . . 1492
Pancreas: secrezione 1142
Pancreas; vedi anche Fermenti triptici, Papilla di Vater 1673
Pansessualismo 1673
Pansessualismo; vedi anche Psicanalisi.
Papilla di Vater: carcinoma 1040
Paraffina contro il dolore nell'herpes zoster 347
Paralisi da iniezione di chinino 1113
Paralisi del velopendolo di natura difterica: patogenesi 1033
Paralisi difteriche: trattamento 984
Paralisi facciale *a frigore* 983
Paralisi facciale con zoster 709
Paralisi laringea da alcool 709
Paralisi progressiva: anatomia della glandola genitale maschile 93
Paralisi progressiva atipica e reperto spirochetosico 538
Paralisi progressiva: cura con l'inoculazione della malaria 1392
Paralisi progressiva: prima descrizione . . 65

Pag.

Paralisi progressiva: presenza di spirocheta pallida 1107
Paralisi progressiva: ricerca e localizzazione della spirocheta pallida 908
Paralisi progressiva: tentativi terapeutici: metodi specifici 1035
Paralitici ed epilettici: autofagia e automutilazioni 594
Paramidofenoli nella ricerca e distinzione dell'idrogeno solforato e dell'acido iposolforoso 80
Paratifo B: infezione sperimentale 1300
Paratiroidi; vedi Tetania.
Parentela: determinazione con l'esame del sangue 543
Parentela; vedi anche Eredità.
Parkinsonismo post-encefalitico e funzionalità epatica 1434
Parkinsonismo post-encefalitico: il — . 201, 236
Parti plurimi: frequenza e combinazione dei sessi 1142
Parto: analgesia 740
Parto distocico: dilatazione permanente del bacino 705
Parto distocico: iniezioni di pituitrina . . 65
Parto spontaneo in presentazione podalica . 281
Parto: uso dell'estratto pituitario 446
Parto; vedi anche Mola vescicolare, Malaria, Ostetricia.
PASTEUR L.: biografia 499, 501
PASTEUR L.: commemorazione 1333
PASTEUR L.: feste centenarie 70, 853
Pasto unico in clinica e radiologia 1493
Pazzia ovaripriva 214
Pediatria e pregiudizi di medici 1059
Pediatria: quesiti 576
Pediatria; vedi anche Infanzia.
Pelle ed immunità 1112
Pelle fissata: innesti di — 1497
Pelle: solfo nella terapia delle affezioni . . 440
Pelle: trapianti 1495, 1496, 1497
Pelle; vedi anche Acne giovanile, «Area celsi», Angiomi, Barba, Boccheruola, Cheratodermia, Crosta lattea, Cute, Dermatologia, Dermatosi, Dermoreazioni, Eczemi, Elioterapia dermatologica, Eruzioni, Esantemi, Herpes, Intertrigini, Ipertricosi, Ittiolo, Malattie cutanee, Malattie veneree, Orticaria, Psoriasi, Prurigine, Prurito, Sicosi, Tigne.
Pelvisupporto: nuovo modello 806
Pelvi: tumore a forma rara del cellulare . 339
Pensione e stipendio dei medici condotti . 289
Pensioni dei sanitari: nuove disposizioni 786, 816
Pensioni dei sanitari: per le — 132, 224, 320, 484, 513.
Peptone: uso nelle gastropatie 1335
Perforazione intestinale da causa inedita . 1334
Perforazione intestinale; vedi anche Intestino.
Pericardite adesiva: diagnosi radiologica . 1271
Pericardite simulante versamento pleurico . 1145
Perienteriti; vedi Stipsi chirurgiche.
Perinefrite suppurata sottocapsulare . . . 412
Periodo di prova; vedi Licenziamento.
Periti in materia penale e civile: nuove disposizioni per gli onorari 848
Peritoneo; vedi Cisti sierosa, Suppurazioni.
Peritonite acuta: enterostomia 926
Peritonite acuta purulenta diffusa: trattamento con iniezioni endoperitoneali di etere solforico 558, 590
Peritoniti puerperali 741
Peritoniti: reazione di Sgambati . . 1208, 1291, 1531, 1633
Peritoniti: uso dell'etere nella profilassi e cura 1009
Permanganato potassico: prova al — per la valutazione degli ormoni 1494
Perone: assenza congenita 1107
Pertosse: iniezioni di etere 188
Pertosse: recenti metodi curativi 1040

Pag.

Pertosse: trattamento con ossietiltriidrometano 982
Peste: epidemia di Parigi del 1920 88
Peste: rilievi 1391
Piante: reazioni immunitarie 981
Piastrine: comportamento nella emóclasia digestiva 981
Piastrine: fagocitosi 844
Piede bidattile 186
Piede: caso di micetoma 1502
Piede: disarticolazione atipica intertibio-astragalica con lembo osteoplastico calcaneo-plantare unico 1031
Piede: guarigione di ulcera perforante di antica data 539
Piede torto congenito varo-equino: nuovo metodo operativo 807
Piedi e mani: retrazione delle aponevrosi; radioterapia 1102
Piedi: prescrizione contro il sudore . . . 1082
Piedi; vedi anche Malattia di Köhler, Metatarsi, Scafoide.
Pielocistite: autovaccini 28
Pielografia: indicazioni e tecnica 1345
Pielografia: risultati 1325
Pielotomia per calcolosi renale 51
PIETRAVALLE M. 919
Pigmenti biliari: determinazione quantitativa nelle urine 682, 905
Pigmenti biliari: distruzione da germi intestinali 64
Piloro: cancro; segno di Tansini 1236
Piloro e vescichetta biliare ectopica: carcinomi primitivi multipli 86
Piloro: stenosi congenita 375
Piloro: stenosi di origine biliare 1587
PINZANI E. 357
Piombo: cura degli avvelenamenti da — . 982
Piorrea alveolo-dentale 65
Piosetticemie otogene 1014
Piramidone per la dimostrazione di emorragie occulte 985
Pituitrina per iniezioni nel parto distocico . 65
Pituitrina; vedi anche Estratto ipofisario.
Placenta: anatomia normale e nelle intossicazioni gravidiche 1261
Placenta: azione degli estratti 1173
Placenta previa: trattamento 745, 778
Plasma: fibrina nel — 404
Plastiche cutanee ed elioterapia 1497
Plastiche; vedi anche Cranioplastiche, Innesti.
Plessi coroidei nelle cerebropatie organiche e nella schizofrenia 1428
Pleure: cloruro di calcio per la cura dei versamenti 1001
Pleure: etiologia dei versamenti eosinofiliaci 1002
Pleure: ispessimenti interlobari calcificati . 1369
Pleure: nuovo metodo fisico per la diagnosi dei versamenti 251
Pleure: nuovo segno fisico dei versamenti . 542
Pleure: paradossi sulla sinfisi 317
Pleurite: cortico-; ago-puntura 1491
Pleurite latente: febbricola 251
Pleurite purulenta con sintomatologia muta 1107
Pleurite purulenta: esiti lontani di interventi chirurgici 1502
Pleurite sierosa nel bambino: etiologia e prognosi 96
Pleuriti colesteriniche 505
Pleuriti: uso del cloruro di calcio 877
Pleuriti; vedi anche Sierositi, Tubercolosi.
Pleurotomia e pneumopessia nell'empiema cronico fistolizzato 1298
Pneumatosi cistica intestinale 1499
Pneumococchi: frequenza e importanza dei varî tipi 1039
Pneumococchi: setticemie prolungate da — 187
Pneumococchi: tipi in rapporto alla sieroterapia e alla vaccinoprofilassi 567
Pneumococcienia primitiva con ittero emolitico e pneumonite secondaria 1606

Pag.

Pneumococco: nuovi metodi colturali . . . 1039
Pneumococco: metodo semplice per l'isolamento 889
Pneumococco tipo I nella polmonite e sieroterapia specifica 1437
Pneumonite; vedi Polmonite.
Pneumoperitoneo nella diagnosi di lesioni sottodiaframmatiche 1045
Pneumopessia con pleurotomia nell'empiema cronico fistolizzato 1298
Pneumotorace artificiale: apparecchio a valvola 410
Pneumotorace artificiale: dati statistici sugli esiti lontani 874
Pneumotorace artificiale in gravidanza . . 1400
Pneumotorace artificiale: meccanismo d'azione in base alle osservazioni anatomo-patologiche 489
Pneumotorace artificiale: osservazioni . . 1238
Pneumotorace artificiale: tecnica . . . 399, 562, 564, 729, 730
Pneumotorace artificiale: vedi anche Pleurotomia.
Pneumotorace e cambiamento di altitudine . 118
Pneumotorace spontaneo: prognosi e cura . 1370
POLI C. 1087
Poliartrite e endocardite 1143
Polineurite: la — 117
Polineurite: aumentata frequenza 219
Polineurite malarica grave: casistica . . . 1350
Poliomielite anteriore acuta e suo trattamento 1359
Poliorromenite tubercolare: istopatologia . 411
Politica sanitaria e giurisprudenza: programma 160
Politica sanitaria e giurisprudenza; vedi *Amministrazione sanitaria, Aspettativa, Assicurazioni, Cassa pensioni, Concorsi, Diritti, Enti locali, Esercizio professionale, Giudizi penali, Infrazioni alle leggi, Leggi, Legislazione sanitaria, Licenziamenti, Medici, Medicina sociale, Nomine, Organici, Ordinamenti sanitari, Ordini dei sanitari, Ospedali, Pensioni, Punizioni, Sanità, Sanitari, Servizi igienico-sanitari, Stabilità, Stipendi.*
Polmone: diagnosi di cisti idatica del lobo superiore 617
Polmone: nuovo segno di predisposizione alle malattie subacute e applicazioni pratiche 1553
Polmone: semeiologia fisica delle cisti di echinococco 597
Polmone: trattamento delle cisti da echinococco sterili 798
Polmoni: diagnosi precoce della tisi . . . 91
Polmoni e bronchi: complicazioni post-operatorie 1000
Polmoni: embolismo consecutivo ad operazioni addominali 1368
Polmoni: embolismo postoperatorio 95
Polmoni: formazione di indolo in alcune affezioni 1674
Polmoni: neoplasmi primari 1110
Polmoni: osservazioni sul catarro degli apici 1368
Polmoni: rumori accidentali degli apici . . 1220
Polmoni: semiotica degli apici 1002
Polmoni: sifilide 95
Polmoni: streptotricosi 91
Polmoni: vedi anche Arteria polmonare, Pleure, Tubercolosi polmonare.
Polmonite acuta e broncopolmonite nell'infanzia: trattamento 318
Polmonite: cura conservativa 1000
Polmonite: cura sintomatica 573
Polmonite da pneumococco tipo I: sieroterapia specifica 1437
Polmonite: decorso delle epidemie 319
Polmonite: meccanismo della crisi 1628
Polmonite secondaria a pneumococciemia con ittero ecolitico 1606
Polmoniti pregresse ad asma bronchiale . . 317

Pag.

Polpa dentale: anestesie 986
Polso nella febbre tifoide 1212
Polso: vedi anche Onda dicrota.
Pomata di Alihow 65
Popolazione: incrementi 1083
Popolazione: vedi anche Demografia, Nascite.
Poppanti; vedi Lattanti.
Postura del corpo e tono muscolare: importanza del tronco cerebrale per la — . . 1292
Pott: vedi Morbo di —.
POZZA P. 167
Pregiudizi dei medici in pediatria 1059
Pressione arteriosa e insufficienza surrenale 1011
Pressione arteriosa nella scarlattina . . . 1185
Pressione arteriosa: ricerche 411
Pressione arteriosa: tecnica 629
Pressione arteriosa; vedi anche Ipertensione.
Pressione del liquor: valore diagnostico . 1328
Pressione sanguigna dei capillari e capillaroscopia 1405
Pressione venosa: osservazioni 807
Proctoclisi: modificazione all'apparecchio ordinario 728
Produzione scientifica; vedi *Insegnamento superiore.*
Professione medica: divieto di esercizio cumulativo con farmacia 881
Professione medica: esercizio abusivo . . 882, 988
Professionisti: emigrazione 66
Professori universitari: voti 421
Prognosi: malattie senza — 130
Prolusione del prof. Caronia 380
Prolusione del prof. Dionisi 250
Propaganda igienica; vedi Educazione fisica, Educazione sessuale, Istituto d'igiene sociale, Medicina sociale.
Prostata: ascesso ad evoluzione rara . . . [illegible]
Prostata: atrofia 737
Prostata: calcolosi 1061
Prostata: carcinoma curato col radium . . 494
Prostate che scompaiono 534
Prostatectomia soprapubica: litiasi vescicale consecutiva 1663
Prostatici: comportamento degli eosinofili . 1275
Prostatismo giovanile 27
Prostituzione: abolizionismo e regolamentazione 1007
Proteotossicosi; vedi Avvelenamento da proteine.
Proteinoterapia nei tumori 189
Proteinoterapia; vedi anche Latte.
Proteotossicosi: comportamento della glandola di Harder 808
Protozoi: azione dell'emetina 878
Protozoi; vedi anche Amebiasi, Lambliasi, Malaria, Tricomoniasi.
Prova di Goetsch nell'ipertiroidismo . . . 1599
Prova; vedi anche Reazioni.
Province; vedi *Enti locali.*
Prurigine e orticaria: trattamento nei bambini 1081
Prurito: cura generale 1081
Prurito nervoso: cura 1672
Prurito vulvare: prescrizione 348
Prussia; vedi Tubercolosi.
Pseudoartrosi dell'omero 1497
Pseudoschizofrenie e schizofrenie 638
Pseudosigmoidite; vedi Sigmoidite.
Pseudo-tubercolosi 1491
Psicanalisi; vedi Pansessualismo, Psicoterapia.
Psiche: disturbi nelle malattie somatiche . 274
Psiconeurosi: nosografia e patogenesi . . . 636
Psicopatie tubercolari 944
Psicosi; vedi anche Agitazione, Demenze, Schizofrenia.
Psicoterapia; vedi Fiducia nel medico, Psicanalisi.
Psoriasi: cura 347
Ptosi gastrica 782, 1492

Pag.

Pubertà precoce causata da encefalite epidemica 158
Pubblicità insolente 1309
Puerperio: diagnosi differenziale delle infezioni 127
Puerperio e gravidanza: alterazioni della bocca 13
Puerperio: peritoniti 741
Puerperio; vedi anche Infezioni puerperali.
Pulitura a secco degli indumenti 511
Pulizia dei bicchieri e delle stoviglie nei pubblici esercizi 542
Punizione disciplinare e giudizio penale . 1245
Punizioni: graduazione nelle sanzioni disciplinari 713
Punizioni; vedi anche *Giudizi disciplinari, Infrazioni alle leggi.*
Puntura d'ape causa di cheratite 411
Puntura lombare e sifilide latente 1538
Puntura lombare: profilassi e trattamento degli inconvenienti 340
Puntura lombare: trattamento degli inconvenienti consecutivi 1404
Puntura; vedi anche Agopuntura.
Pupille: variazioni del tono nella tubercolosi 1494
Purgante: formola araba 285
Purganti: azione dannosa 602
Purganti; vedi anche Lassativo.

R

Rabarbaro: il — 1336
Rabbia: autovaccinazione 343
Rabbia: contagiosità 847
Rabbia: effetti della vaccinazione 672
Rabbia: impiego di vaccini fenicati a crescente virulenza 1517
Rabbia: la — 1176
Rabbia: profilassi 1246, 1340
Rabbia: pluralità biologica dei virus da strada 153
Rabdomioma del cuore 876
Rachianestesia: uso della caffeina 878
Rachianestesie ed anestesie locali: contributo clinico-statistico 111
Rachiostovainizzazione: sulla — 767
Rachide; vedi Iniezioni endorachidee, Rachianestesie.
Rachitide: la luce nella profilassi e nella cura 156
Rachitide: segni precoci 156
Rachitismo nella prima infanzia: cura . . 671
Rachitismo: patogenesi e trattamento . . 1043
Rachitismo: sindromi provocate dalla irradiazione dell'ipofisi 280
Radiazioni secondarie e ioni metallici: azione antibatterica 905
Radiazioni secondarie per la cura della sicosi 872
Radiazioni: specificità nella biologia e clinica 1493
Radici dorsali motrici: funzioni 747
Radici; vedi anche Nervi.
Radio; vedi Radium.
Radioattività e unità della materia 576
Radiodiagnosi dell'aortite cronica 1271
Radiodiagnosi della sifilide ereditaria: triade 1272
Radiodiagnosi delle vie urinarie: cause di errore 169
Radiodiagnosi di pericardite adesiva . . . 1271
Radiografia delle vie di deflusso degli ascessi ossifluenti 154
Radiografia del cervello 1102
Radiografia della colonna vertebrale: cause di errore e mezzi per evitarle 585
Radiografia delle tubercolosi osteoarticolari: 1438
Radiologia e clinica della calcolosi biliare . 1240
Radiologia e clinica: pasto unico in — . . 1493
Radiologia medica: congresso 1536
Radiologia semeiotica dello stomaco . . . 1437
Radiologia: uso ed abuso 24

Pag.

Radioscopia dei ventricoli centrali 1145
Radioterapia: azione sulla crasi sanguigna in rapporto alla qualità dei raggi . . . 872
Radioterapia dei tumori del sistema nervoso centrale 639
Radioterapia dei tumori maligni: questioni biologiche 937
Radioterapia della malaria 53
Radioterapia dell'ipertiroidismo e prova di Goetsch 1599
Radioterapia dell'osteosarcoma del bacino . 875
Radioterapia della tigna 1367
Radioterapia della tubercolosi 1595
Radioterapia delle tube mestruali 779
Radioterapia eccitante 1597
Radioterapia: limiti 93
Radioterapia metachirurgica di sarcoma ovarico 779
Radioterapia nella retrazione delle aponevrosi palmari e plantari 1102
Radioterapia nelle leucemie ed esame del sangue 1492
Radioterapia profonda nelle lesioni organiche del sistema nervoso 809
Radioterapia profonda: tecnica 217
Radium: azione sugli epiteliomi cutanei . 1501
Radium e raggi X per la cura del carcinoma mammario 281
Radiumterapia profonda del cancro del laringe 154
Radium: cause dell'inefficacia terapeutica nel cancro del corpo uterino 1608
Radiumterapia delle metriti emorragiche . 779
Radiumterapia delle neoplasie, con emanazione e aghi radiferi 1424
Radiumterapia del carcinoma della prostata 494
Radiumterapia: nuovo sistema (mobile) e nuovi apparecchi 154, 242
Radium; vedi anche Irradiazioni.
Ragade anale: contro il dolore 782
Ragadi dei capezzoli: trattamento 512
Ragadi; vedi anche Erosione.
Raggi ultravioletti: importanza chirurgica dell'azione sterilizzante 1502
Raggi ultra-Sonne: azione 539
Raggi X: azione sul ricambio gassoso dei tessuti 280
Raggi X: azione sul sangue di deboli dosi applicate sulla milza 1405
Raggi X e freddo: azione combinata sulle cellule nervose 252
Raggi X e radium per la cura del carcinoma mammario 281
Raggi X per l'esame delle funzioni e reazioni dello stomaco 605
Raggi X: protezione dei lavoratori dai — . 1146
Raggi X; vedi anche Irradiazioni, Radio —.
Randacciö M. 1118
Raschiamento uterino: indicazioni ed abusi 1608
Reazione al formolo per la diagnosi di sifilide 1039
Reazione biologica nuova nella tubercolosi . 1491
Reazione del piramidone per la dimostrazione di emorragie occulte 985
Reazione della deviazione del complemento: quale parte spetta a C. Moreschi 60
Reazione della fenilidrazina nelle urine dopo somministrazione di arsenobenzoli . . 26
Reazione di Abderhalden: semplificazione della tecnica per la diagnosi dei tumori maligni 874
Reazione: diazo- di Ehrlich: la — 1208
Reazione: diazo-: significato 217
Reazione di Besredka nella diagnosi della tubercolosi 1491
Reazione di Dold: tecnica 985
Reazione di flocculazione di Meinicke (III modif.) nella sifilide 1298
Reazione di Lange: natura 1332
Reazione di Schick negli adenoidei 1617
Reazione di Sgambati nelle infezioni peritoneali 1208, 1291, 1531, 1633

Pag.

Reazione di Wassermann: fenomeno paradosso 1549
Reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano 793, 830
Reazione di Wassermann: modificazioni indotte dal tempo nei sieri 41
Reazione di Wassermann: natura delle reagine e cause di errore 566
Reazione di Wassermann; vedi anche Fissazione del complemento.
Reazione meiostagminica in ginecologia . . 741
Reazione meiostagminica: tecnica 844
Reazione per la ricerca dell'immunità o della sensibilità per la difterite 188
Reazione speciale del sangue in stati patologici e nella gravidanza 944, 1657
Reazioni al mastice ed al benzoino nel liquido cefalo-rachidiano 282
Reazioni coliche; vedi Colon.
Reazioni colloidali: nuova teoria 1332
Reazioni cutanee generalizzate e fenomeni immunitari nelle tigne 808
Reazioni cutanee nell'infezione da micrococco melitense 1249
Reazioni immunitarie delle piante 981
Reazioni; vedi anche Agglutinazione, Prova.
Recidive malariche 543
Relatività; vedi Teorie di Einstein.
Remedi V. 684
Rénan: un giudizio sull'Italia 350
Rene: ascesso paranefritico 845
Rene calcoloso 1109
Rene: cisti solitarie 1206
Rene: contributo allo studio della litiasi . 412
Rene: frattura 1551
Rene: infarto asettico 28
Rene: interventi nelle lesioni traumatiche . 1500
Rene malato: sintomi di eccessivo lavoro . 534
Rene policistico: ectomia 1400
Rene: termoprecipitazione Wiget-Ascoli per la diagnosi della tubercolosi 1153
Reni: dolori ai — 734
Reni: esame della funzionalità 1503
Reni: prova della galattosuria nell'insufficienza 973
Reni: tubercolosi 906
Reni; vedi anche Albuminurie, Ascesso paranefritico, Costante di Ambard, Ematurie renali, Idronefrosi, Ipernefroma, Ipertensione, Litiasi renale, Nefralgie, Nefriti, Nefro-colon-pessia, Nefroptosi, Perinefrite, Urine.
Respirazione nasale e tubercolosi polmonare 316
Retrazione delle aponeurosi palmari e plantari: guarigione con le radiazioni . . . 1102
Retto: anestesia parasacrale per l'amputazione e resezione 57
Retto: errori comuni nel trattamento delle affezioni 549
Retto: prolasso e fecaloma sigmoideo . . . 1367
Retto: stenosi sifilitica 1639
Reumatismi: terapia locale 510
Reumatismo acuto e tubercolosi: modificazioni delle unghie 187
Reumatismo; vedi anche Ischialgia reumatica.
Revisione degli organici; vedi *Organici.*
Ricalcificazione secondo il metodo Ferrier . 814
Ricambio idrico e diabete insipido 1483
Ricambio: influenza dello iodio 1011
Ricambio intermedio: azione della milza . 1493
Ricambio organico; vedi anche Metabolismo.
Ricchezza mobile; vedi *Imposta di —.*
Ricino: olio di — 1242
Ricorso al Consiglio di Stato: forma . . 1477
Ricorso contro le deliberazioni della G. P. A. in sede di tutela 191
Ricorso contro deliberazioni della Giunta comunale 1276
Ricorsi; vedi anche *Dimissioni, Nomine.*
Rifiuti: vedi Spazzatura.
Riflessi profondi: origine filogenetica . . . 1573
Riflessi tonici e posturali nell'emiplegia, con speciale riguardo alle sincinesie 1634
Riflesso: come esaminare un — 158
Riflesso cremasterico e neurosi traumatica . 1108
Riflesso addominale del vago 30
Rigenerazione delle ossa: studi 280
Rigenerazione: influenza del sistema nervoso 538
Rigidità extrapiramidale: sulla cosidetta — 81
Righetti: vedi Cranioplastiche alla —.
Rimedi nuovi ad azione specifica 1036
Ringiovanimento e vecchiaia 1542
Rino-faringe e affezioni dell'apparato respiratorio 1012
Rinofaringe; vedi anche Naso, Faringe.
Rinofima e sua cura chirurgica 980
Rockefeller; vedi Fondazione —.
Roentgen (von) G. 293
Roentgenterapia; vedi Radioterapia.
Roma antica: medicina nella — 1113
Rotula: nuovo metodo operativo per la cura della lussazione abituale 409
Rotulectomia: trapianto di rotula dal cadavere 903
Rotula; vedi anche Borsa prerotulea.
Rumore di Flint-Grocco nell' insufficienza aortica 945
Rumori accidentali degli apici polmonari . 1220

S

Salasso: vedi Anemia da —.
Sale di Glaubero: il — 1642
Sali biliari ed albumina nelle urine . . . 947
Salicilato di sodio: azione sulla biligenesi . 1494
Salicilato di sodio per iniezioni 1113
Sali metallici in emulsioni: azione terapeutica 227
Sali metallici; vedi anche Metalli.
Salkowski E. L. 584
Salvarsan per il trattamento della ossiurasi 334
Salvarsan: pseudo-crisi nitritoidi da — e malaria latente nei sifilitici 1603
Salvarsan; vedi anche Arsenobenzoli.
Sanarelli G.: onoranze 1481
Sanatori antitubercolari della C. R. S. . . 1373
Sanatorî in Italia 1642
Sangue: azione del cloruro di sodio sulla viscosità 1604
Sangue: azione della radioterapia 872
Sangue: azione dell'estratto d'ipofisi sulla coagulazione 671
Sangue: azione di deboli dosi di raggi X applicati sulla milza 1405
Sangue: coagulazione rapida nei prelevamenti a scopo diagnostico 31
Sangue: esame per la determinazione di parentela 543
Sangue: comunicazioni varie 1475
Sangue: determinazione dell'urea 1129
Sangue: dosamento del ferro 1142
Sangue: esame nella roentgenterapia delle leucemie 1492
Sangue: esame ultramicroscopico in rapporto al genere di allattamento 1313
Sangue: fermenti del — e fatica 1236
Sangue: fibrina 404
Sangue: gruppi 1230
Sangue normale: composizione 404
Sangue: reazione speciale in stati patologici e nella gravidanza 944
Sangue: reperto nell'encefalite epidemica . 809
Sangue: resistenza osmotica e rigenerazione dei globuli rossi nell'anemia e nel salasso 400
Sangue: trasfusioni 406, 1237
Sangue: vedi anche Digestione, Ematologia, Emazie, Emoglobina, Eosinofilia, Eritroblastosi, Leucociti, Leucocitosi, Leucopenia, Schema di Arneth.
Sanguinacci: dimostrazione sierologica dell'aggiunta di sangue eterogeneo 255

Pag.

Sanità: legislazione nelle nuove provincie con norme speciali 1048
Sanità: nuovi Uffici 987
Sanità: benemerenze 35
Sanità; vedi anche *Consiglio Superiore di* —, *Opere pubbliche, Servizi igienico-sanitari.*
Sanitari italiani diplomati all'Estero: esercizio professionale nel Regno 479, 1017
Sanitari: limiti dell'obbligo d'iscrizione nell'Albo 387
Sanitari: nuove disposizioni per le pensioni 786, 816
Sanitari: per la cassa pensioni dei — . . 132
Sanitari: per le pensioni ai — 513
Sanitari: per il collegio degli orfani dei — 1610
Sanitari rimpatriati per la guerra: esercizio professionale 416
Sanitari estranieri: esercizio professionale in Italia 479, 643
Sanitari; vedi anche *Impiegati comunali Medici, Ordini, Professione sanitaria.*
Sanzioni disciplinari: graduazione delle pene 713
Sanzioni disciplinari; vedi anche *Punizioni.*
Sarcoma fibroblastico primitivo della fascia lata 1281
Sarcoma ovarico: roentgenterapia metachirurgica 779
Sarcoma primitivo delle tube falloppiane . 1533
Sardegna; vedi Febbre ricorrente.
Saturnismo; vedi Piombo.
Scafoide: lussazione 1207
Scandalo ammonitore: uno — 1050
Scapole alate 783
Scapole; vedi anche «Crepitatio scapularis».
Scarlattina: corpuscoli leucocitari 405
Scarlattina: esantema 221
Scarlattina: etiologia 1130
Scarlattina e varicella contemporanee . . . 1140
Scarlattina: pressione arteriosa 1185
Scarlattina subdola: riconoscimento . . . 1239
Schema di Arneth nella leucocitosi da processi suppurativi 738
Schick: vedi Reazione di —.
Schizofrenia e cerebropatie organiche: comportamento dei plessi coroidei 1428
Schizofrenie e pseudo- 638
Schönberg-Albers; vedi Malattia di —.
Scialoadenite cronica fibrosa della sottomascellare da arista di grano 137
Sciatica: cura con iniezione epidurale . . 1406
Sciatica e malattia sacroiliaca 812
Sciatica; vedi anche Ischialgie, Neuralgie.
Scienza medica: che cosa deve l'umanità alla — 1083
Scilla: riabilitazione quale medicamento cardiaco 1571
Sclerodermа: opoterapia 966
Sclerosi a piastre 1070
Sclerosi del mesocolon trasverso nell'ulcera duodenale 924
Sclerosi primaria dell'arteria polmonare . 1173
Scolari: profilassi della carie dentale . . . 1399
Scolari; vedi anche Scuole.
Scoliosi ischiatica: sulla cosidetta — . . . 670
Scorbuto infantile (malattia di Basedow) . 1043
Scosse cardioritmiche del capo 1383
Scuola: igiene nei nuovi programmi . . . 1645
Scuola: nervosismo nella — 1439
Scuole di Ostetricia: nuovo regolamento . 642
Scuole; vedi anche *Insegnamento, Scolari.*
Secrezione gastrica e pancreatica: riduzione 180
Secrezione gastrica; vedi anche Secrezione psichica, Secrezioni psicoriflesse, Succo gastrico.
Secrezione lattea e dieta 129
Secrezione pancreatica 1142
Secrezione «psichica» dello stomaco . . . 1206
Secrezioni interne e metabolismo: rapporti . 213
Secrezioni interne: mezzi di controllo . . . 774
Secrezioni interne; vedi anche Adrenalina, Endocrinologia, Glandole endocrine, Ormoni, Sistema endocrino.

Pag.

Secrezioni psicoriflesse dello stomaco dell'adulto 1500
Sedimentazione delle emazie nel campo ginecologico ed ostetrico 572, 802
Sega circolare chirurgica 1067
Segno della faccia piana posteriore nei tumori benigni sottocutanei 425
Segno di Tansini nel cancro del piloro . . 1236
Segreto professionale del medico e matrimonio 256
Semilune; vedi Gameti.
Senilità; vedi Demenza senile, Vecchiaia.
Seno: cancro bilaterale 61, 505
Seno; vedi anche Mammelle.
Sensibilità: distribuzione radicolare dei disturbi consecutivi a lesioni corticali . . 1635
Sensibilità periferica: se la resezione del simpatico ha influenza sulla — 1634
Sensibilizzazione; vedi Anafilassi, Desensibilizzazione.
Sepsi d'origine orale 980
Sepsi; vedi anche Infezioni, Setticemie.
Serpenti: morsi da — 1147
Serpenti; vedi anche Vipere.
Servizi igienico-sanitari: pei — 989
Servizi igienico-sanitari: osservazioni intorno agli ordinamenti 1114
Servizi igienico-sanitari: riordinamento . 257, 751
Servizi igienico-sanitari; vedi anche *Amministrazione sanitaria, Assistenza, Legislazione sanitaria, Ospedali, Sanità.*
Servizi medico-scolastici della C. R. I. . . 1373
Servizio comunale: limiti delle modificazioni delle norme 417
Servizio interinale dei medici condotti: valutazione del periodo di prova per la stabilità 1544
Servizio militare dei medici prestato in guerra e relative benemerenze agli effetti dei concorsi 1049
Servizio militare; vedi anche *Concorsi.*
Servizio: riassunzione in — dell'impiegato licenziato o dimissionario 1678
Servizio sanitario a bordo: proposte di miglioramento 1594
Servizio sanitario a bordo; vedi anche Disinfettante.
Servizio sanitario sulle Ferrovie dello Stato: riforma 352, 1020
Sessi: frequenza e combinazioni nei parti plurimi 1142
Sessualità: bi- e opoterapia antiomosessuale 1604
Setticemia streptococcica e cirrosi di Hanot . 509
Setticemie pneumococciche prolungate . . 187
Setticemie; vedi anche Infezioni, Piosetticemie, Sepsi.
Sgambati; vedi Reazione di —.
Shock da elettricità e suo trattamento . . 813
Shock operatorio 1080
Shock traumatico: contributo sperimentale . 508
Sicilia; vedi Amebiasi.
Sicosi: cura con radiazioni secondarie . . 872
Sicosi tricofitica: cura con soluzioni iodoiodurate per via endovenosa 808
Sieri: modificazioni indotte dal tempo in rapporto alla reazione di Wassermann . . 41
Sierodiagnosi della sifilide: azione del bismuto 1389
Sierodiagnosi di tubercolosi 315
Sierodiagnosi; vedi anche Reazioni.
Sierologia per la dimostrazione dell'aggiunta di sangue eterogeneo ai sanguinacci di maiale 255
Siero di sangue nell'anemia perniciosa . . 405
Siero di sangue: provvista per la preparazione di substrati colturali 206
Siero- e vaccinoterapia in chirurgia . . . 1079
Siero: profilassi degli accidenti da — . . . 1437
Sierositi: cura 252
Sierositi; vedi anche Poliorromenite.
Sieroterapia e profilassi nella spirochetosi ittero-emorragica 1436

Pag.

Sieroterapia e vaccinoprofilassi: nelle infezioni da vari tipi di pneumococchi . . . 567
Sieroterapia specifica nella polmonite da pneumococco tipo I 1437
Sierovaccinoterapia della congiuntivite gonococcica 723
Siero: vedi anche Agglutinazione, Reazioni.
Sifilide: arco « lillà » delle unghie 1672
Sifilide articolare 1639
Sifilide: azione del bismuto sulle sierodiagnosi 1389
Sifilide: bismutoterapia 233, 344, 527, 843, 948, 1581
Sifilide causa di diabete mellito 307
Sifilide causa di morbo di Addison . . . 749
Sifilide causa di ulcera gastrica 374
Sifilide: cura abortiva 1540
Sifilide: cura con i sali di bismuto . . 233, 344, 527, 843, 1581
Sifilide dell'aorta 982
Sifilide e diabete: rapporti 283
Sifilide e malattie veneree: nuovo regolamento per la profilassi 544, 1441
Sifilide e matrimonio 1362
Sifilide epatica con sintomi di ascesso . . 220
Sifilide epatica precoce o secondaria . . . 1639
Sifilide ereditaria: trattamento 447
Sifilide ereditaria: triade radiologica . . 1272
Sifilide: febbre « essenziale » da — 639
Sifilide: febbri da — 1638
Sifilide: genesi ed invasione in Italia . . . 771
Sifilide latente e puntura lombare 1538
Sifilide: manifestazioni viscerali 640
Sifilide: meningite acuta in periodo secondario precoce 1322
Sifilide: meningite acuta in periodo terziario 1318
Sifilide misconosciuta 1538
Sifilide nervosa 639
Sifilide nervosa: valore terapeutico dei preparati bismutici 527
Sifilide osteo-articolare 748
Sifilide polmonare 94
Sifilide: reazione al formolo per la diagnosi 1039
Sifilide: reazione di flocculazione di Meinicke (3ª mod.) 1298
Sifilide surrenale: caso raro 640
Sifilide: valore curativo degli arsenicali e del mercurio 1541
Sifilide vescicale 155, 905, 944, 1040
Sifilide: vedi anche Eredosifilide, Lue, Neurosifilide, Paralisi progressiva, Reazioni, Sifilitici, Stenosi del retto, Spirilli, Spirocheta pallida, Treponema pallidum.
Sifilitici con intolleranza per gli arsenobenzoli: trattamento 1540
Sifilitici: malaria latente e pseudo-crisi nitritoidi da salvarsan 1603
Sifilitico: scelta di un medicamento 1539
Sifilografia e dermatologia: congresso . . . 124
Sigma: sindromi in rapporto con la plica lombo-ovarica sinistra 1040
Sigmoidite ipertrofica 1207
Sigmoidite: pseudo in uretrocistite complicata con ascesso iliaco da anaerobi . . . 1062
Simpatalgie della periferia degli arti . . . 382
Simpatico e ghiandole endocrine: rapporti in patologia 1568
Simpaticectomia periarteriosa 1205, 1502
Simpatico: influenza della resezione sulla sensibilità periferica 1634
Simpatico: vedi anche Sindrome endocrino-simpatica, Sistema nervoso simpatico.
Sincinesie ed emiplegia 1634
Sindacati medici 34, 289, 389, 419, 611, 819, 1051, 1116
Sindrome accessuale di crampi unilaterali . 1071
Sindrome chiasmatica nelle affezioni dell'ipofisi 897
Sindrome da tumore dell'ipofisi 1008
Sindrome dello spazio retroparotideo . . . 1633

Pag.

Sindrome di Addison e malaria 426
Sindrome di Fröhlich nei tumori soprapituitari 775
Sindrome di Gradenigo e canale di Dorello . 21
Sindrome d'insufficienza emocrasica del fegato 836
Sindrome endocrino-simpatica dell' « area Celsi » 438
Sindrome funicolare: lamino-artrectomia lombare in — 1299
Sindrome mediastinica nella stenosi mitralica pura 183
Sindrome parkinsoniana acuta in encefalite letargica con esito in guarigione . . . 108
Sindrome parkinsoniana; vedi anche Parkinsonismo.
Sindrome poliglandolare con crisi celiache . 1140
Sindromi addominali associate a malattie della cistifellea 509
Sindromi cerebellari e morbo spagnuolo . . 1492
Sindromi delle eritroblastosi 931
Sindromi dolorose nella infezione melitense 1541
Sindromi endocrine: molteplicità 815
Sindromi pluriglandolari: contributo clinico 970
Sindromi rachitiche; vedi Rachitismo.
Sindromi sigmiche in rapporto con la plica lombo-ovarica sinistra 1040
Sinfisi pleurica: paradossi 317
Sinfisi pubica: osteo-artrite tubercolare . . 910
Singhiozzo epidemico: eziologia e cura . . 1438
Sintesi artificiale dell'urea 947
Sintomi mentali nelle malattie somatiche . 274
Sintomi; vedi anche Segni.
Sippy: vedi Metodo —.
Sistema digerente; vedi Organi digerenti.
Sistema endocrino-simpatico: funzionalità nella patogenesi di alcune turbe trofiche cutanee 1564
Sistema nervoso centrale: roentgenterapia nelle lesioni organiche 809
Sistema nervoso centrale: sifilide 639
Sistema nervoso centrale: grassi e lipoidi . 538
Sistema nervoso centrale: tumori 639
Sistema endocrino e osteopsatirosi idiopatica: rapporti 775
Sistema nervoso: influenza sui processi rigenerativi 538
Sistema nervoso vegetativo: azione del calcio 1493
Sistema nervoso vegetativo e fatica . . . 1236
Sistema nervoso vegetativo e individualità . 598
Sistema nervoso; vedi anche Bulbo, Encefalo, Malattie nervose, Nervi, Neuropatie, Sensibilità, Simpatico, Sistema endocrino-simpatico.
Sodio: sali alogenati per la riduzione della tossicità della stricnina 1604
Sodio: vedi anche Bicarbonato di —, Cloruro di —, Citrobismutato di —, Salicilato di —.
Soffio: trasmissione auricolare nell'insufficienza mitralica 845
Soffio venoso addominale segno di cirrosi atrofica 1493
Solaro A. 791
« Solco trasversale sopra-ipogastrico » come segno di ascite 993, 1592
Sole artificiale 478
Sole: macchie del — in rapporto col decorso delle malattie croniche 32
Sole: vedi anche Raggi ultra-Sonne.
Solfato di magnesio: azione nella secrezione biliare 1492
Solfato di magnesio per il trattamento della corea 984
Solfo nella terapia dermatologica esterna . 440
Soluzione iodoiodurata per iniezioni endovenose nella sicosi tricofitica 808
Soluzioni; vedi anche Liquidi.
Sondaggio a digiuno dello stomaco: applicazioni diagnostiche 1141
Sordità; vedi Ipoacusia.

Pag.

Sostanze coloranti: disciplina dell'uso per i prodotti alimentari 353, 389
Sottoscrizioni; vedi Baccelli, *Medico caduto in guerra.*
Spalla: dolore indice di lesione diaframmatica 1045
Spalla: dolore in gravidanza ectopica . . 1302
Spallitta F. 1117
Spazzature: allontanamento dalle città . . 1212
Spazzature; vedi anche Rifiuti.
Specialità medicinali: contro l'abuso delle — 288
Specialità medicinali: disciplina della produzione e del commercio 1051
Spengler L. 487
Spina bifida occulta causa d'incontinenza «essenziale» di urine 412
Spina bifida: sulla — 1429
Spina dorsale; vedi Colonna vertebrale, Rachide, Spondilite, Vertebre.
Spirilli: azione del citrobismutato di sodio . 444
Spirilli; vedi Amigdaliti, Spirochaeta.
Spirocheta di Vincent e bacillo fusiforme . 1175
Spirocheta pallida nella demenza paralitica 1107
Spirocheta pallida: ricerca e localizzazione nella paralisi progressiva.
Spirocheta pallida in paralisi progressiva atipica 538
Spirocheta pallida; vedi anche Treponema pallidum.
Spirochetosi ittero-emorragica: profilassi e sieroterapia 1436
Spirochetosi ittero-emorragica: ricerche sulla — 1492
Spondilite anchilosante cronica e tubercolosi 670
Sputi: vedi Espettorato.
Stabilità dei medici condotti: valutazione del servizio interinale nel periodo di prova per la — 1544
Stabilità: efficacia giuridica 321
Stabilità; vedi anche *Licenziamento.*
Stafilococchi: valore diagnostico delle stafilolisine nell'infezione da — 871
Stasi intestinale cronica da membrane pericecali e pericoliche 1298
Statistica: per l'insegnamento della — nelle Facoltà di Scienze mediche e naturali . 580
Stati Uniti; vedi Istituto Rockefeller, Tubercolosi.
Stato economico: annullamento delle deliberazioni sullo — degli impiegati degli enti locali 1476
Stenosi cicatriziale dell'esofago 874
Stenosi congenita del piloro 375
Stenosi croniche e vizii di posizione del duodeno 410
Stenosi duodenali da causa estrinseca . . 1500
Stenosi mitralica a forma aritmica . . . 1570
Stenosi mitralica e tubercolosi 1491
Stenosi mitralica pura: sindrome mediastinica 183
Stenosi pilorica di origine biliare 1587
Stenosi sifilitica del retto 1639
Stenosi uretrale nella donna 151
Sterilità nella donna secondo le moderne vedute 703
Sterilità nella donna: rapporti con la tubercolosi insospettata dei genitali . . . 443
Sterilizzazione (auto-) del terreno: rapporto col batteriofago 810
Sterilizzazione tubarica temporanea . . . 444
Stipendio dei medici condotti: servizio utile agli effetti degli aumenti 752
Stipendio e pensione dei medici condotti: voti 289
Stipsi chirurgiche (ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali) 393, 433
Stipsi dei lattanti: cura 1641
Stitichezza: dietetica 1210
Stitichezza; vedi anche Stipsi.
Stomaco: achilia 1232
Stomaco: applicazioni diagnostiche del sondaggio a digiuno 1141

Pag.

Stomaco di un litofago 1400
Stomaco: funzioni e reazioni osservate ai raggi X 605
Stomaco intratoracico 181
Stomaco: ptosi 782
Stomaco: secrezione psichica 1206
Stomaco: secrezioni psicoriflesse 1500
Stomaco: semeiotica radiologica 1437
Stomaco: trattamento della ptosi e della dilatazione 782
Stomaco; vedi anche Acido cloridrico, Borborigmi, Cardiospasmo, Gastro-eterostato, Pasto unico, Piloro, Ptosi gastrica, Secrezione gastrica, Succo gastrico.
Stomatite da bismuto 373
Stomatiti aftose: epidemia 1123
Stomosine: impiego 986
Stomosine nella cura delle infezioni tifiche . 1493
Storia della medicina: arte sanitaria secondo un antico medico 880
Storia della medicina: Galeno e il galenismo 1355
Storia della medicina: l'«italianità» di A. M. Valsalva 1609
Storia della medicina: malattie e medici di Benvenuto Cellini 869
Storia della medicina: osservazioni anatomo-patologiche di G. B. Morgagni su malattie professionali 875
Storia della medicina: ramificazione del n. mascellare 807
Storia della medicina; vedi anche Medicina nell'antica Roma, Sifilide.
Stovaina; vedi Rachiostovainizzazione.
Stoviglie e bicchieri: pulizia nei pubblici esercizi 542
Strabismo concomitante: trattamento . . 876
Streptococchi causa di setticemia e cirrosi di Hanot 509
Streptococchi: il problema degli — in patologia e in clinica 1041
Streptococchi in endocardite maligna . . . 1492
Streptococchi: patogenicità 707
Streptococco: vari tipi nell'endocardite maligna 906
«Streptococcus viridans» causa di endocardite 443, 475
Streptotricosi polmonare 91
Stricnina e tiroide 1401
Stricnina: riduzione della tossicità per azione dei sali alogenati di sodio 1604
Strofantina: uso 442
Strongiloide intestinale causa di ematuria . 75
Strozzamento iliaco: cura 1232
Strozzamento intestinale: diagnosi 1232
Strozzamento; vedi anche Occlusione.
Strümpell A.: biografia 1443, 1677
Studenti universitari 1645
Studi medici: per la riforma degli . 481, 484, 851
Studi medici; vedi anche *Insegnamento superiore.*
Studi superiori: riforma nelle Marche . . 91
Stupefacenti: la legge contro il commercio abusivo degli 287
Stupefacenti: per la lotta contro gli — . . 547
Stupefacenti: vedi anche Cocainomane.
Substrati culturali: provvista di siero di sangue per la preparazione 206
Succo gastrico: cloro totale 1111
Sudore ai piedi: prescrizione 1082
Sudore dei tubercolitici: uso della formalina 315
Suolo: uso dell'acido cianidrico per la disinfestazione 862
Suolo; vedi anche Terreno.
Super-anatomia: la — 448
Suppurazioni retroperitoneali acute . . . 1400
Sviluppo e glandole a secrezione interna . . 945
Sviluppo: per promuovere lo — 1043
Sviluppo; vedi anche Crescenza, Vitamine.
Svizzera; vedi Tubercolosi.
Sydenham; vedi Corea di —.

T

Pag.

Tabe causa di paresi vescicale guarita operativamente 150
Tachicardia parossistica auricolare: arresto volontario degli attacchi 1365
Tachifilassi e anafillassi per via nasale . . 1436
Taddei; vedi Autoplastica.
Taglio cesareo con mezzi insufficienti . . . 1126
Taglio cesareo ripetuto 743
Taglio cesareo soprasinfisario transperitoneale 744
Taglio cesareo: valore 742
Taglio cesareo; vedi anche Cicatrice cesarea.
Talassoterapia: congresso internazionale . . 601
Talassoterapia: convegno 1171
Talma: vedi Operazione di —.
Tansini: vedi Segno di —.
Temperatura ascellare e inguinale: differenze 348
« Taenia solium »: cura in gravidanza . . . 31
Tendini; vedi Ortopedia.
Teniasi multipla 844
Tenue: vedi Intestino.
Teorie di Einstein e biologia 222
Termoprecipitazione di Wiget-Ascoli e tubercolosi renale 1153
Terreni colturali; vedi Substrati colturali.
Terreno: rapporti del batteriofago con l'autosterilizzazione 810
Testicoli: perdita per infortuni 1199
Testicolo: estirpazione dei gangli lombari nel cancro del — 1500
Testicolo: tumori 278
Testicolo; vedi anche Idrocele, Cordone spermatico, Riflesso cremasterico.
Tessuto connettivo: ricerche 1401
Tetania paratireopriva: vecchie teorie e nuovi fatti 846
Thomsen; vedi Malattia di —.
Tibia: singolare lesione traumatica . . . 1501
Tigna: radioterapia 1367
Tigne: fenomeni immunitari e reazioni cutanee generalizzate 868
Tifo addominale e cirrosi epatica 509
Tifo addominale: terapia col batteriofago di D'Herelle 1493
Tifo addominale: terapia con le stomosine 1493
Tifo addominale: vedi anche Febbre tifoide, Ileotifo.
Timo: comportamento nell'etero- e cloronarcosi 1502
Timo: fisiopatologia 155
Timo: il — 476
Timpano: retrazione 1537
Tiralatte: nuovo modello 1370
Tiroide: anestesia regionale nell'operazione sulla — 632
Tiroide: contributo allo studio delle metastasi dei tumori 220
Tiroide e anafilassi 1537
Tiroide e stricnina 1401
Tiroide: funzione 218
Tiroide: rapporti con la glicemia 1537
Tiroide; vedi anche Gozzo, Ipertiroidismo, Dispnea notturna.
Tisi iniziale: concetto e diagnostica . . . 863
Tisi polmonare: diagnosi precoce 91
Titoli di preferenza in casi di nuove nomine: esplicazione del decreto concernente la revisione degli organici e i — 1509
Todaro F.: commemorazione 55
Tono muscolare e postura del corpo: importanza del tronco cerebrale 1292
Tonsillectomia: effetti in 5000 bambini . . 253
Tonsille: il problema delle — 253
Tonsilliti; vedi Amigdaliti.
Torace: actinomicosi parietale 945
Torace: angiectasie a corona 530
Torace: migrazione dello stomaco nel — . 181
Torace: varicosità basilari nella compressione della vena cava superiore 1303
Torace: vedi anche Neoplasmi.
Torcicollo spasmodico 59

Pag.

Torsione spontanea del cordone spermatico . 877
Tosse di origine naso-faringea 1013
Tossicità della stricnina: riduzione mediante sali alogenati di sodio 1604
Tossine piogene: azione sul processo di guarigione delle fratture 1501
Tossicologia dei funghi 315
Tracoma: cura climatica 982
Tracoma: difesa sociale contro il — . . . 595
Tracoma: vedi anche Congiuntivite granulosa.
Trapianti di nervi 1496, 1497
Trapianti in generale e trapianti della pelle in particolare 1495, 1496, 1497
Trapianti ossei applicati alla riparazione dei metacarpi e delle falangi 311
Trapianto di nervo alla Nageotte: esiti lontani 806
Trapianto di rotula dal cadavere 903
Trapianto: vedi anche Innesti, Osteosarcoma.
Trasfusioni di sangue 406, 1237
Trauma: contributo sperimentale alla conoscenza dello shock 508
Trauma nella eziologia delle nefriti acute e croniche 1490
Traumatismi dei nervi periferici 1078
Traumi operativi: influenze sull'infezione malarica 187, 498, 1099, 1100
Traumi cranici e ascesso cerebrale 1299
Traumi ginecologici fuori gravidanza . . 743
Traumi e tumori: rapporti 240
Traumi: vedi anche Neurosi traumatica.
« Treponema pallidum »: ricerca mediante la puntura delle linfoglandole e dei tessuti . 273
Treponema pallidum; vedi anche Spirochaeta pallida.
Trequarti cistoscopico per le operazioni endovescicali 186
Trequarti nuovo per l'evacuazione degli edemi periferici 873
« Trichomonas » circolanti nel sangue dell'uomo 1083
Tricomoniasi intestinale: trattamento . . 1641
Trichobezoar: intervento 281
Trigono: anatomia e chirurgia 1264
Trombe di Falloppio; vedi Annessi uterini, Sterilizzazione tubarica, Tube.
Tube falloppiane: sarcoma primitivo . . . 1533
Tubercolina: danni delle iniezioni diagnostiche 1605
Tubercolinoterapia 1273
Tubercolosi appendicolare latente 376
Tubercolosi: attività del Comitato Romano per la lotta contro la — 1022, 1546
Tubercolosi: chemioterapia 1491
Tubercolosi chirurgica ed intradermoreazione regionale 1121
Tubercolosi chirurgiche: terapia . . . 867, 1254
Tubercolosi: congresso per la lotta contro la — 1006
Tubercolosi: convegno della Federazione italiana 1172
Tubercolosi: cura dei versamenti delle sierose con cloruro di calcio 316
Tubercolosi: cura ricalcificante di Ferrier . 814
Tubercolosi del gomito: cura con la resezione 1501
Tubercolosi del legamento rotondo 1207
Tubercolosi: diagnosi sierologica 315
Tubercolosi: difesa contro la — a New York 92
Tubercolosi e congiuntivite granulosa palpebrale 1337
Tubercolosi e gravidanza: rapporti quali sono prospettati in Francia 1287
Tubercolosi e reumatismo acuto: modificazioni delle unghie 187
Tubercolosi e spondilite anchilosante cronica 670
Tubercolosi e stenosi mitralica 0000
Tubercolosi e villeggiatura 1572
Tubercolosi: febbricola benigna da — con manifestazioni pleuritiche 316
Tubercolosi genitale della donna 800

Pag.

Tubercolosi genitale infantile 1300
Tubercolosi ghiandolare: cura 1305
Tubercolosi: importanza dell'epiploon dal punto di vista immunitario 1491
Tubercolosi insospettata dei genitali femminili e sterilità 443
Tubercolosi intestinale stenosante 1366
Tubercolosi: iperemia totale curativa per mezzo della ventralizzazione 1491
Tubercolosi: isolamento del bacillo 843
Tubercolosi: istopatologia di poliorromenite 411
Tubercolosi: lotta contro la — in Prussia . 814
Tubercolosi meningea: epidemiologia . . . 1642
Tubercolosi: nefriti e febbri oscure 1491
Tubercolosi: nuova reazione biologica . . 1491
Tubercolosi occulta: febbri criptotubercolari 339, 361
Tubercolosi: opere contro la — in Roma . 450
Tubercolosi: per le opere contro la — . . 610
Tubercolosi renale e termoprecipitazione Wiget-Ascoli 1153
Tubercolosi renale: la — 906
Tubercolosi ossee: risultati delle cure eliomarine 1501
Tubercolosi osteo-articolare della sinfisi pubica 910
Tubercolosi osteo-articolari: elioterapia . . 1274
Tubercolosi osteo-articolari: radiografia . . 1438
Tubercolosi: per una più coordinata lotta contro la — 770
Tubercolosi polmonare attiva e quiescente . 94
Tubercolosi polmonare: diagnosi precoce . 1400
Tubercolosi polmonare e clima marino . . 1494
Tubercolosi polmonare e gravidanza . . . 574
Tubercolosi polmonare e respirazione nasale 316
Tubercolosi polmonare infettante: segni . 1605
Tubercolosi polmonare: pneumotorace . . 1238
Tubercolosi: pseudo- 1491
Tubercolosi polmonare: un coadiuvante fisiologico alla cura 142
Tubercolosi polmonare: vaccini 1236
Tubercolosi polmonare: statistica sugli esiti lontani del pneumotorace curativo . . . 874
Tubercolosi: progetto di legge Svizzero contro la — 1148
Tubercolosi: psicopatie 944
Tubercolosi: radioterapia 1595
Tubercolosi: resistenza del bacillo nell'ambiente 511
Tubercolosi: sanatori della C. R. I. . . . 1373
Tubercolosi senile: casistica 409
Tubercolosi: terapia calcica 627, 814
Tubercolosi: terapia stomosinica . . . 814, 1491
Tubercolosi: vaccinazione preventiva dell'uomo 1483
Tubercolosi: valore dei metodi di ricerca del bacillo nell'espettorato 511
Tubercolosi: valore diagnostico della reazione di Besredka 1491
Tubercolosi: variazioni del tono pupillare . 1494
Tubercolosi verrucosa cutis 1108
Tubercolosi; vedi anche Apici polmonari, Ascessi tubercolari, Bacilli, Caverne, Frenicotomia, Malattie subacute del polmone, Meningite tubercolare, Pneumotorace, Sanatori, Tisi, Tubercolotici.
Tubercolotici: colonie permanenti della C. R. I. per figli di — 1341
Tubercolotici curati nelle colonie marine militari: risultati ematologici e antropometrici 1494
Tubercolotici: impiego della formalina contro il sudore 315
Tubercolotici: iniezioni intravenose di cloruro di calcio contro il vomito e la diarrea 48
Tubercolotici: per l'assistenza ai — . . . 325
«Tumor cerebri» e «Choroidocpendimitis serosa»: diagnosi differenziale 639
Tumore centrale e pressione del liquido cefalo-rachidiano 282
Tumore del cellulare pelvico a forma rara . 339

Pag.

Tumore della glandola carotidea: casistica . 22
Tumore dell'uretere: fibroepitelioma papillifero benigno primitivo 1665
Tumore del muscolo grande adduttore . . 508
Tumore ipofisario: sindrome 1008
Tumori benigni sottocutanei: segno della faccia piana posteriore 425
Tumori cistici del cervello: clinica e anatomo-patologia 1381
Tumori cistici dell'utero 1531
Tumori da catrame: genesi 1500
Tumori della parte posteriore del lobo temporale 639
Tumori del sistema nervoso centrale: radioterapia 638
Tumori del testicolo 278
Tumori: eredità; una famiglia neoplastica . 1501
Tumori maligni: andamento della mortalità in Italia 1494
Tumori maligni: cura Citelli 843
Tumori maligni delle ossa: diagnosi differenziale 670
Tumori maligni in ginecologia: reazione meiostagminica 741
Tumori maligni multipli di specie diversa nello stesso individuo 1502
Tumori maligni: questioni biologiche sulla radioterapia 937
Tumori maligni: semplificazione della tecnica della reazione di Abderhalden a scopo diagnostico 874
Tumori maligni: tecnica della reazione meiostagminica per la diagnosi 844
Tumori midollari 470
Tumori: proteinoterapia 189
Tumori: rapporti coi traumi 240
Tumori sopra-pituitari e sindrome di Fröhlich 775
Tumori tiroidei: metastasi 220
Tumori; vedi Angioma, Cancro, Carcinoma, Epitelioma, Fibroepitelioma, Ipernefroma, Leiomioma, Lipoma, Neurofibroma, Neoplasmi, Osteosarcoma, Radioterapia, Rabdomioma, Sarcoma.

U

Uabaina: azione farmacologica e terapeutica 154
Udito; vedi Orecchio, Ipoacusia.
Ufficiale sanitario: indennità per prestazione straordinaria 258
Ufficiale sanitario: nuove disposizioni circa il limite d'età nei concorsi per — . . . 987
Ufficiali sanitari: condizioni 674
Ufficiali sanitari: indennità per ispezioni sanitarie fuori del centro 321
Ufficiali sanitari: nomine provvisorie . . . 480
Ufficiali sanitari provvisori: disposizioni transitorie per la nomina a definitivi . . 711
Uffici sanitari nuovi 987
Ufficio internazionale d'Igiene pubblica . . 131
Ulcera digiunale peptica consecutiva a gastroenterostomia 1010, 1297, 1499
Ulcera duodenale: coliche intermittenti da adesioni 1334
Ulcera duodenale: diagnosi radiologica . . 218
Ulcera duodenale: sclerosi del mesocolon trasverso 924
Ulcera gastrica e duodenale: trattamento col metodo Sippy 1335
Ulcera gastrica di origine sifilitica 374
Ulcera gastrica e duodenale: diagnosi . . 1492
Ulcera gastrica e duodenale: interventi . . 217
Ulcera gastrica perforata: trattamento . . 710
Ulcera gastro-duodenale perforata: resezione 1011
Ulcera perforante del piede di antica data: guarigione 539
Ulcera radiologica: iniezioni di novocaina . 217
Ulcere della lingua: diagnosi differenziale . 708
Ulcere varicose: prescrizione 1673
Ulna: vedi Borsite, Olecrano.
Ultramicroscopia: dispositivo semplicissimo 177

Pag.
Unghia incarnita: cura 1241
Unghie: arco «lillà» 1672
Unghie: modifiaczioni dopo reumatismo acuto e tubercolosi 187
Università: riforma e libera docenza . . . 1513
Università; vedi anche *Assistenti universitari, Insegnamento superiore, Istituti scientifici, Istituti superiori, Istituto interuniversitario, Professori universitari, Studenti universitari, Studi medici.*
Universitari; vedi *Studenti universitari.*
Unverricht; vedi Mioclonia di —.
Urati: eliminazione dall'organismo mediante acque acalciche 1297
Urea: misura nel sangue e nelle urine . . 1129
Urea: sintesi artificiale 947
Ureometro di precisione 1175
Ureometro nuovo per urine e sangue . . . 1129
Uretere: tumore primitivo (fibroepitelioma papillifero benigno) 1665
Ureteri: papillomatosi 808
Ureteri; vedi anche Fistole ureteriche.
Uretra femminile: stenosi 151
Uretrocistite complicata con ascesso iliaco da anaerobii: pseudosigmoidite in — . . 1062
Urina: coefficiente uroemolitico nelle malattie epatiche 857
Urina normale e patologica: enzimi . . . 806
Urine: determinazione dell'urea 1129
Urine: determinazione quantitativa dei pigmenti biliari 682, 905
Urine emesse di giorno e di notte: valore diagnostico del rapporto volumetrico . . 27
Urine: incontinenza «essenziale» e spina bifida occulta 412
Urine: indice antiemolitico 1217
Urine del bambino sano e del malato: contenuto in creatinina 1333
Urine: presenza di acetone e acido diacetico nell'eteronarcosi 539
Urine: reazione della fenilidrazina dopo somministrazione di arsenobenzoli 26
Urine: ricerca rapida del bismuto 444
Urine: sali biliari ed albumina 947
Urine; vedi anche Costante di Ambard, Indicanuria, Incontinenza, Iscuria, Urologia.
Urobilinuria: significato e ricerche . . . 838
Urobilinuria: valore diagnostico nella malaria latente 894
Urologia: comunicazioni varie 1506
Urotropina in ginecologia ed ostetricia . . 542
Urotropina nel vomito delle gravide . . . 1175
Urotropina per iniezioni endovenose nei processi infiammatori delle vie urinarie . . . 1525
Urotropina per iniezioni endovenose nell'ileotifo 188
Urotropina per iniezioni endovenose nelle pieliti 745
Utero: angioma della «portio» 764
Utero: ansa intestinale aderente alla cicatrice cesarea; usura per effetto dei villi coriali; enterorragia sintomatica 921
Utero: cause dell'inefficacia del radium nel cancro del corpo 1608
Utero: diagnosi precoce del cancro col sussidio della biopsia 1301
Utero didelfo 741
Utero e annessi in ernia inguinale 1140
Utero: fibromiomi curati con i raggi X . . 873
Utero: farmacologia 1401
Utero: frequenza e significato clinico degli spostamenti 128
Utero: indicazioni e abusi del raschiamento 1608
Utero: irrigazioni nelle infezioni puerperali 783
Utero: perforazione per manovra di aborto 743
Utero piccolo: patogenesi 1008
Utero: prolasso 744
Utero: rottura 740, 744, 779
Utero: tumori cistici 1531
Utero: profilassi e cura delle infezioni . . 1009
Utero: vedi anche Isterectomia, Legamento largo, Legamento rotondo, Taglio cesareo.
Uzara: vedi Liquore di —.

V

Pag.
Vaccinazione anticimurrosa 1298
Vaccinazione antidifterica: efficacia . . . 568
Vaccinazione antirabica con vaccini fenicati a crescente virulenza 1517
Vaccinazione antirabia: effetti 672
Vaccinazione preventiva dell'uomo contro la tubercolosi 1483
Vaccinazioni per via nasale 475
Vaccinazioni; vedi anche Auto-, Vaccini, Vaccino-profilassi, Vaccinoterapia.
Vaccini: azione 85
Vaccini contro la febbre da fieno 189
Vaccini nella tubercolosi polmonare . . 1147, 1236
Vaccinoprofilassi e sieroterapia nelle infezioni dai vari tipi di pneumococchi 567
Vaccinoterapia e siero- in chirurgia . . . 1079
Vaccinoterapia delle annessiti 446
Vaccinoterapia delle infezioni chirurgiche a decorso subacuto e cronico 1502
Vaccinoterapia nell'osteite tifosa 671
Vaccinoterapia; vedi anche Sierovaccinoterapia, Stomosine.
Vagina: fistola con la vescica urinaria, da forcella da capelli 1064
Vagina: trattamento del catarro 1260
Vago: riflesso addominale; leucopenia vagotonica 30
Vaiolo: nuovo sintoma precoce 1300
Vaiolo: profilassi 1373, 1479
Valvola del processo vermiforme 154
VALSALVA A. M.: l'«italianità» di — . . . 1609
Varicella e scarlattina contemporanee . . . 1142
Varici; vedi Ulcere varicose.
Varicosità baso-toraciche nella compressione della vena cava superiore 1303
Varicosità; vedi anche Angiectasie.
Vasi e cuore: comunicazioni varie 1474
Vasi: plastiche con lembi di aponevrosi e di peritoneo 1500
Vasi sanguigni: comunicazioni varie . . . 1474
Vasi sanguigni; vedi anche Aborto, Angiectasie, Arterie, Capillari, Vene, Varicosità.
Vecchiaia e ringiovanimento 1542
Vecchiaia: elogio della — 986
Vecchiaia: tubercolosi 409
Vecchiaia: vedi anche Senilità.
Vecchio ottantunenne: cisti spermatica in — 1401
Vegetali; vedi Piante.
Vegetazioni adenoidi: diagnosi e cura . . . 1012
Velopendolo: patogenesi della paralisi di natura difterica 1033
Vena cava superiore: varicosità baso-toraciche nella compressione della — . . . 1303
Vene; vedi anche Pressione venosa, Vasi.
Ventriculoscopia nell'idrocefalo interno . . 1145
Vermi; vedi Ascaridi, Ossiuri, Strongiloide.
Verruca spinosa del laringe 1604
Versamenti: azione dei sali di calcio . . . 1493
Versamenti pleurici: cura con cloruro di calcio 1001
Versamenti pleurici: nuovo metodo fisico per la diagnosi 250
Versamenti pleurici: nuovo segno fisico . . 542
Versamenti tubercolari delle sierose: cura con cloruro di calcio 316
Versamento pleurico eosinofiliaco: etiologia 1002
Versamento pleurico simulato da pericardite 1145
Vertebre lombari: fratture isolate delle apofisi trasverse 910
Vertebre: substrato anatomico e diagnosi dei dolori 219
Vertebre: vedi anche Laminectomia, Spina dorsale.
Vescica urinaria: calcolosi provocata . . . 1062
Vescica urinaria: carcinoma cistico . . . 381
Vescica urinaria: corpo estraneo estratto per le vie naturali 155
Vescica urinaria: fistole con la vagina causate da forcella da capelli 1064
Vescica urinaria: lesione rara 496

Vescica urinaria: nuovo sintomo della calcolosi 378
Vescica urinaria: paresi tabetica guarita operativamente 150
Vascica urinaria: sifilide . . 155, 905, 974, 1040
Vescica urinaria: uso del trequarti cistoscopico 186
Vescica urinaria; vedi anche Cistite, Pielocistite.
Vescichetta biliare ectopica e piloro: carcinomi primitivi 86
Vestiario; vedi Indumenti.
Vescichetta biliare; vedi anche Cistifellea.
Vibrione colerasimile in acqua termale . . 1365
Vibrione colerico: sopravvivenza decennale . 905
Vie aeree: anafilassi e tachifilassi per le — 1436
Vie aeree; vedi anche Apparato respiratorio, Bronchi, Naso, Polmoni.
Vie biliari: calcolosi, infezioni e complicazioni: discussione 1452
Vie biliari: chirurgia 1498
Vie biliari: infezione in assenza di calcoli . 946
Vie biliari; vedi anche Cistifellea, Colecistite, Fegato.
Vie digerenti; vedi Organi digerenti.
Vie urinarie: cause di errore nella diagnosi radiologica di calcolosi 169
Vie urinarie: iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle — . 1525
Vie urinarie: vedi anche Cistouretroscopio, Organi genito-urinari, Pielocistite, Pielografia, Pielotomia, Reni, Ureteri, Uretra, Vescica urinaria.
Vigilanza igienica locale: riorganizzazione . 224
Vigilanza igienica sul baliatico 221
Vigilanza sui medicinali 67
Vigilanza sui prodotti arsenobenzolici . . . 192
Vigilanza igienica e sanitaria; vedi anche *Ispezioni sanitarie, Sanità.*
Vigo A. 136
Villeggiatura e tubercolosi 1572
Villi coriali: azione distruente in cicatrice cesarea; usura di ansa intestinale aderente 443
Vincent: vedi Bacillo fusiforme, Spirocheta.
Vipera: sintomatologia, cura e profilassi del morso 1423
Virus di Danysz per la distruzione delle arvicole 475
Virus di Danysz: patogenesi dell'infezione da — 906
Virus rabici da strada: pluralità biologica . 153
Virus; vedi anche Microrganismi, Vaccinazione.
Visceri: manifestazioni sifilitiche 640
Visione; vedi Emianopsia.
Viscosità del sangue: azione del cloruro di sodio 1604
Vitamine dei funghi mangerecci 806
Vitamine e attivatori biologici 29
Vitamine (eutonine) e crescenza 1365
Vitamine: natura 348
Vitamine; vedi anche Avitaminosi, Carenza, Eutonine.
Vizii di posizione e stenosi croniche del duodeno 410
Vizio cardiaco da insufficienza delle valvole polmonari 281
Vomiti incoercibili della gravidanza: iniezioni di latte 1608
Vomito delle gravide: uso dell'urotropina . 1175
Vomito e diarrea dei tubercolosi: iniezioni intravenose di cloruro di calcio 48
Vulva: prescrizione nel prurito 348

W

Wiget; vedi Termoprecipitazione.

Z

Zolfo; vedi Solfo.
Zone cutanee epilettogene ed epilessia riflessa 1423
Zoppicamento intermittente: cura 218
Zoster in paralisi facciale 709
Zoster; vedi anche Herpes zoster.
Zuccheri: modificazioni al metodo volumetrico del Fehling per la determinazione . . 432

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

A

Pag.

Abba 943
Addario 61
Agostini . . 212, 213, 637, 638, 746, 774
Aguglia 1603
Aguzzi 279
Aiello . . 1236, 1475, 1602, 1603
Albaique 1497
Albano 742
Albanese 904
Alberti 92, 638, 746
Albertotti 571
Alesio 1507
Alessandri R. . 905, 1451, 1499, 1507
Alessandri C. 1452
Alessandrini A. . 475, 906, 1493
Alessandrini G. 1332
Alfieri . . . 443, 444, 703, 705, 706, 742, 778, 1402, 1500
Amaldi 746
Ambrosio 1474
Amantea 283, 572, 806
Ambrosoli 808
Andreani 571, 572
Andrenelli 1107
Angeletti 1399
Pag.
Angelucci 1602
Annovazzi 1173, 1508
Ansaldo 874
Ansalone 638, 1603
Antonelli 941, 1486, 1491
Antoniotti 81
Antonucci 798
Anzillotti 1508
Arcangeli . 154, 329, 361, 443, 475, 807, 905, 1297, 1434
Arena . . . 1464, 1476, 1486, 1493, 1505
Armengaud 603
Arnone 1399
Artom C. 810, 1237
Artom G. 639, 742, 778, 1328, 1669
Artom M. 527, 778, 1328
Artom di S. Agnese 65, 1406, 1424
Ascarelli 1663
Ascione 602, 1365
Ascoli A. 60, 1135
Ascoli Manf. 905, 1170, 1171, 1501, 1507
Ascoli Maur. . 1464, 1483, 1487
Ascoli V. 481, 1432, 1433, 1487, 1488, 1489, 1637
Attili 905
Pag.
Avoni 155, 1205
Ayala 638, 639, 1328, 1332 1333, 1434

B

Baccarani 93, 251, 252, 602, 1009
Baccelli 1637
Bacialli 1400
Bader 705
Badino 703, 744
Baggio 137, 150, 245, 246, 1297 1499
Bagliani 1657
Baglioni 91
Bagozzi 1498
Baiocchi 1464
Baldi 637
Balsamo 399
Banaudi 510, 784
Barbieri 1172
Bardisian 603
Barduzzi . . 771, 778, 1355, 1574
Bargellini 1508
Barinetti 314
Barlocco 1466
Bartoli 93
Barzilai 744, 779
Basile C. 71, 378

Pag.

Basile G. 1364
Bastai 477
Bastianelli 1499
Battistelli 1235
Battistessa 538
Battaglia 1499, 1506
Baviera 1497
Bellati 603
Belfanti 808
Belgrano 128
Belloni 572, 1163, 1525
Benassi 1268
Benedetti 1501
Bergamini 1359
Bernardini 397
Bertaccini 690
Bertocchi 411, 149
Bertolini 507, 981
Bertolotti 875
Bersani 201, 236
Besta 638, 809
Bianchi 637, 842, 1603
Bianchetti 411, 508, 1140
Bianchini 638
Biffi 944, 1082
Bignami 315
Bilancioni 21, 140, 777, 778, 1396, 1492, 1609
Bile 661, 742
Biondi 1310
Blandini 1590
Boattini 1300
Blavet 381, 907
Bloch 1505
Blasucci 1507
Bocchetti 602, 1494
Boeri 1602
Bogo 1401
Boidi-Trotti 1536
Bolaffio 639, 779, 1465
Bompiani 707, 745
Bonani 1399
Bonanni 92
Bonanome 1505, 1506
Bonarelli 638
Bonfiglio 825, 1332
Bonuzzi 1482
Boretti 1507
Borgherini 572, 909
Borghi 1498
Borgogno 627
Boriani 1141
Bortolucci 1254
Bosellini 457
Boschi 539, 1008
Bottaro 728
Botteselle 1207
Bovero 1366
Brancati 937
Bravetta 26, 411, 538, 1107
Brendolan 1062, 1587
Brizi 740
Brotzu 1039, 1304, 1353
Brugi 1475, 1492
Brugia 1134
Brugnatelli 444, 779
Bruni 310, 981, 1236, 1505
Bruno 1501, 1508
Bruzzone 1014
Bua 1602
Bucco 1491
Bueri 1489
Bufalini 1399, 1500
Burci 1400
Buscaino 1603
Busi 1333
Bussa-Lay 1126

C

Caccia 1498
Caccini 92, 558, 590
Calandra 602, 1508

Pag.

Caliceti 1537, 1604
Calligaris 1603
Calzavara 1207
Camera 1508
Cammarella 743
Campeggiani 220
Camurati 1508
Canalis 943
Candela 98
Cantalamessa-Carboni 926
Cantani 1475
Cantelli 265, 302, 1605
Capelli 538
Capogrossi 91, 863, 1486, 1535
Cappellani 704, 707, 741, 779
Cappelli 154, 242, 1465, 1497, 1498, 1499
Capponago 874
Cappuccio 908
Capuani 562
Capurro 128
Carbonaro 282
Carbone 876, 981, 1628
Cardarelli 184, 512, 1262, 1267
Cardi 1039, 1171
Cardini 279
Carducci 122, 597
Carisi 442
Carnelli 649
Caronia 380, 1130, 1166
Carossini 1399
Carpi 873, 874, 1058, 1131, 1172, 1600, 1651
Carrara 1292
Carraro 877, 944, 1505, 1506, 1507
Carreras 1474, 1493
Carrieri 602
Casagrandi 908, 943, 1411, 1142, 1432
Casarini 1113
Casati Eman. 539
Casati Eug. 539
Cascella 1491
Casciaro 743
Cascino 1465, 1499
Castaldi 843, 945, 1399
Castellini 1399
Castiglioni 535, 808, 869
Castronuovo 602
Cassuto 442, 1275, 1345, 1505, 1506
Caterina 741, 742, 743
Cattaneo 706, 745, 808, 980, 1508
Catterina 664
Catteruccia 929
Cattoretti 874, 981
Caucci 92
Cavagnis 570
Cavaliere 810
Cavalieri 1238
Cavina 1333, 1505
Cazzamalli 638, 1670
Ceccacci 703
Cecchetelli 71
Ceni 942
Centanni 905, 1487
Ceresole 602, 603, 808, 944, 945, 980, 1173, 1236, 1366
Ceruti 1303
Cevidalli 572
Cevolotto 410, 570, 982, 1141, 1206
Chiarolanza 1499, 1501
Chiartelli 167
Chiasserini 73, 806, 1075, 1079, 1464, 1447, 1495, 1496, 1497, 1499, 1501
Chistoni 186, 344, 807, 842, 872, 1108, 1298, 1365
Ciaccia 1508
Ciaccio 282, 1237

Pag.

Ciampolini 1269
Ciani 1432
Ciaprini 111
Ciardi 945
Ciarla 638, 944
Cicala 1238, 1501
Cignozzi 441, 1668
Cimino 1505
Ciotti 1270, 1491, 1531
Ciotola 339, 1655
Cipolla 843
Citelli 843
Ciuffi 1487
Ciulla 61
Clara 1123
Clauser 572
Clementi 1433
Clivio 703, 706, 741, 742
Cocchi 1370
Colella 637
Collica 1465, 1501
Collina 1000, 1015
Colombino 706, 740, 741, 1508
Colucci 639
Comisso 603
Comolli 1465
Comporti 814, 1404
Condorelli 844, 1491
Condorelli De Fiore 844
Consiglio 638, 639
Conti 93, 1488, 1491
Corbé 638
Corda 1039
Corinaldesi 729
Coronedi 1400
Corsini 279, 1015
Corti 154
Cosco 279
Costa 705, 706, 944
Costantini 639
Cova 704, 706, 740, 742, 778
Cozzolino 1642
Croci 779
Crosti 1455, 1463, 1465, 1498, 1502
Cruto 1490
Cuomo 602
Curcio 1089
Curti 730

D

D'Abundo 1603
D'Alessandro 92, 93
D'Alise 1108
D'Allocco 93
D'Amato 1410
D'Ancona 572
D'Antona 1603
Dazzi 1475
De Angelis 1365
De Benedetti 876, 1434, 1604
De Blasi 1127, 1550
De Capite 984
De Favento 233
De Francesco 662, 1171, 1500, 1508
De Gaetano 872, 1508
De Gironcoli 1507
De Gregoris 251
De Grisogono 704, 741, 742
Delfino 1497
Del Greco 638
De Lisi 1603
Delitala 603, 1207, 1501, 1508
Della Mano 1236
Della Pergola 92
Dellavalle 665
Della Volta 1207
Del Piano 602
Del Rio 1553
Del Torbo 1501
De Luca 61, 92, 506

Pag.

De Napoli 1603
Dentici 1500
De Nunno . 1464, 1492, 1494
De Porenta 745
De Sanctis C. 639
De Sanctis S. . . . 639, 1396
De Sanctis-Monaldi 405, 601, 1033
De Toni 602, 1206
De Tullio 126
D'Evant 344, 807
Devescovi 1493
De Vincentis 66
Devoto 1490, 1492
Dian 1238, 1308
Di Bernardo 744
Di Blasio 51
Di-Cesarò 419
Diez 125, 126, 1199
Di Fabio 1508
Di Giacomo 1502
Di Giorgio 1500
Di Mattei 806
Dionisi 250, 475
Di Pace 894
Di Tullio 638
Di Vestea 943
Dogliotti 508, 1141
Domenichini 1270
Dominici . 86, 151, 278, 349, 1241, 1305, 1498, 1502, 1601
Donaggio 92, 1603
Donati 410, 1367 1463, 1498, 1500
Dondero 169
Dore 876
Dorello 21, 343, 572, 1332, 1434
Doria 21, 63, 88, 94, 95, 128, 129, 157, 179, 180, 188, 219, 220, 244, 249, 285, 319, 338, 377, 413, 445, 446, 470, 471, 506, 540, 541, 543, 568, 575, 631, 670, 709, 710, 747, 773, 775, 812, 846, 947, 975, 978, 983, 1000, 1004, 1112, 1041, 1045, 1046, 1071, 1072, 1145, 1174, 1175, 1185, 1232, 1260, 1303, 1329, 1364, 1395, 1426, 1428, 1429, 1463, 1563, 1572, 1573, 1605, 1633, 1634
Dostena 281, 707
Dragotti 700, 1297, 1406, 1439, 1675

E

Economo 779
Egidi 1499
Enderle 111
Enriquez 1141, 1206
Ettore 808
Evoli 289, 745

F

Fabbri 700
Fabris 253
Faccini 1499
Falchi 1390
Falco 125, 126
Falcone 1499
Falconi 1107
Fanelli 1490, 1494
Fano 1669
Fasano 1497, 1501
Fasiani . . . 381, 1495, 1497
Faucello 662
Fazio 1171
Ferracin 707
Ferrari . . . 340, 638, 746
Fernandez 61
Ferrannini 122, 1267
Ferraresi 744
Ferrata 1106
Ferreri 456, 777
Ferria 906
Fiaccarini 602
Fiamberti 1679
Fichera G. 942
Fichera S. 783
Filè-Bonazzola 322
Filippella 270, 464
Filippini 55, 221, 313, 696, 814, 1113, 1146, 1230, 1246, 1256, 1306, 1565
Fiocco 124
Fiorentini 1025
Fiorini 1107
Fiorito 844
Foà P. . . 60, 875, 876, 1265
Foà C. 89, 410, 982, 1238, 1488
Fontana 437
Forlì 281
Fornara 75, 793, 830
Fornario 1491
Forni 1270, 1339
Fortunato 1486
Foscarini 746
Fragnito 1603
Franceschini 185
Franchini 1556
Francini 924
Franco 1474, 1491
Frattini 92
Fricke 629
Frontali 1400
Fuà 92, 1010
Fulchiero 426
Fumarola 153, 414, 639, 897, 1332, 1603, 1670

G

Gaeta 177, 372
Gaifami 123, 280, 635, 741, 776, 802, 803, 1261, 1534
Galatà 1067
Galbusera 1432
Galeazzi 409, 1008
Gallerani 91, 93
Galli Giov. 629, 981
Galli Gius. . . . 154, 442, 873
Galli P. 1040, 1498
Galluppi 1238
Gambardella 1475
Gamberini 1465, 1508
Gamna 1140, 1494
Ganassini 444
Gardini 1506
Gargano 1496, 1501
Garin 1492
Gatti Casazza 411
Gazzotti 806, 1508
Gelli 704, 742, 1172
Gennari 1236, 1366
Gentile 1313
Germani 909
Ghedini 931, 1009
Gherardi 1494
Ghilarducci 154, 1493
Ghiron M. 400, 443, 475, 1106, 1363, 1433, 1434, 1492, 1665
Ghiron V. 1199
Gianturco . . . 186, 807, 842
Gilberti 335
Gini 1142
Ginnasi 1040
Giordano 1207
Gioia 1300
Gioseffi 862, 1423
Girardi 1141
Gismondi 1059
Giuffrè 942, 1464
Giuffrida 61
Giulietti 251
Gobbi 1281
Goria 1035
Goglia . . . 183, 1272, 1275
Gortan 1516
Grablovitz 943
Gradenigo 21
Grassi 30, 378
Graziani 570
Grego 7
Griffo 154
Grignolo 411
Grisi 1533
Grixoni 474
Grossi 153, 343, 442, 475, 806, 871, 905, 1297, 1332, 1432
Gualberto 1367
Gualdi 943, 1565
Guerricchio 970
Gussio . . 87, 311, 1234, 1634
Guzzoni degli Ancarani . 703, 704, 706, 740, 742, 743, 778

H

Hajós 334

I

Ilvento 152, 1391
Ingrao 1178
Insabato 1603
Introzzi 411
Izar 844, 1488, 1490

J

Jacono 1491, 1492
Jemma 1168
Jura 22, 181, 631, 632, 903, 1102, 1153, 1234, 1360, 1499, 1507, 1533, 1602.

K

Knoff 142
Kobjlinski 746
Kurz 602

L

Landolfi . . 1486, 1491, 1492
Landucci 706
Lanzillotta 1507
Lapenna 1493
Lasio 1508
La Torre 1238
Latteri 1498, 1499
Laurenti 1663, 1668
Lavermicocca 409
Lavezzi 174
Lazzari 1172
Leccisotti 1518
Lega 541
Leo 602
Leone. . 1474, 1486, 1494, 1502
Leotta. . 872, 1297, 1298, 1433
Lesi 507, 1040
Leti 576
Levi E. 92, 638, 1515
Levi I. 1415
Levi M. 348
Levi-Bianchini 637
Lichtenberg 1325
Licini . . . 240, 667, 767, 1062
Liebmann 707, 779
Lilla 1505, 1507, 1508
Livini 1173
Lloyd 350
Locatelli 1300, 1365
Loffreda 1475
Lollini 1287
Lombroso 282, 1237
Lo Monaco 1118, 1433
Lonero 750
Lo-Presti Seminario . . . 574
Lorenzini A. 1333
Lorenzini R. 1493

Pag.

Loschi 1175
Lucatelli 538
Lucatello 410
Lucherini 108
Luetichau 1040
Lugaro 508, 1603
Luisada 602, 1400
Lunghetti 740
Lusena 1400, 1497
Lüttichau 1537
Luzzatto 539

M

Maccabruni 1531
Maestrini 432, 739, 806, 872, 905, 1332, 1433
Magaudda 686, 809
Magrassi 1502
Majocchi 1498
Malenza 603
Mancini 945
Manginelli . . 393, 433, 1367
Manini 91
Mantarro 282
Mantovani 570
Maragliano D. . . 1497, 1508
Maragliano E. 93, 1447, 1483, 1494, 1496
Maragliano V. . . 603, 1369
Marassini 529, 1009, 1494, 1476, 1486
Marchiafava 1604
Marchini 1422
Marcorelli 93
Marfori 92, 569
Marginesu 1039
Mariconda 860
Marinacci 443, 744, 921, 1280
Marinelli 1498
Marino . . 1193, 1489, 1493
Marogna 498
Marotta 1491
Marsella 1325
Masci . . . 617, 1318, 1593
Maselli . . . 183, 597, 1490
Masieri 745
Masnata 1307
Massari 125
Massazza 873
Massini 499, 740
Matronola 58, 184, 446, 1499, 1502
Maurizi 92
Mauro 1367
Medi 92
Medri 706
Meldolesi . 154, 280, 872, 1661
Meletti 93
Menieri 307
Merletti 1008, 1009
Micheli 707, 742, 744, 778, 907
Micucci 92
Minervini . . 186, 1496, 1497
Milani 319, 447, 478, 537, 804, 805, 1102, 1045, 1145, 1147, 1171, 1178, 1240, 1263, 1271, 1272, 1330, 1369, 1371, 1398, 1403, 1405, 1437, 1438, 1573, 1595, 1597
Milone 907
Mingazzini G. 37, 443, 636, 637, 638, 1603, 1669, 1670
Mingazzini E. 120, 216, 216, 247, 375, 473, 534, 569, 699, 736, 737, 1503, 1507, 1602, 1662
Minutilla 602
Miranda . 703, 706, 740, 779
Modena . 252, 636, 638, 1603
Moncalvi 874
Mondini 252
Montanari . . 93, 1040, 1099
Monteleone 29, 48, 62, 64, 158, 187, 214, 219, 276, 284, 373, 374, 376, 412, 476, 505, 573, 977, 1005, 1035, 1072, 1169, 1208, 1210, 1265, 1295, 1296, 1304, 1369, 1392, 1436, 1606, 1635
Montesano . 65, 124, 125, 255, 407, 408, 438, 440, 447, 478, 572, 638, 869, 870, 948, 1118, 1212, 1331, 1393, 1406, 1432, 1542, 1564
Monti 161
Morelli 1463, 1475
Morini 1432
Morpurgo 411, 508, 1206, 1496
Morselli 185, 636, 637, 638, 1439
Mosti 1224
Motolese 1009
Motta 282
Mozzetti Monterumici . 1173
Müller-Galli 1502
Muscatello . . . 1457, 1466
Muscolino 1238

N

Nacciarone 1298
Nassetti 58, 1498
Natali 505, 1639
Neumann 218, 780, 1011, 1041, 1505
Nicastro 1500
Niccolini 1400
Niceforo 580
Nicolich . . . 494, 1506, 1507
Nicolis 1409
Ninni 603
Novi 1333
Nuvoli 280, 872

O

Oliani 1498
Omodei-Zorini 876
Oro 1298
Orrù 255
Oselladore 1238
Ottolenghi . . 125, 126, 1039
Ottonella 1434
Ovazza 1100

P

Pace 1365, 1475
Padovani 539, 1429
Paglieri 1479
Pagniello 912
Palazzi 373, 980
Paladini 1395
Palladini 1334
Paleani 93
Palleri 92
Pallestrini 656
Palma 1497
Palmieri 570, 1271
Panegrossi 1134
Pangloss. . 352, 418, 515, 754, 1050, 1478
Pantaleoni 1040, 1622
Pansini 41
Panzacchi 1270
Para 496
Pari 1486
Parinetti 314
Parlavecchio A. . . . 1436
Parlavecchio G. . . 61, 942, 1436, 1465, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502
Parodi 489, 1121
Pascal 602
Pascale 1280, 1465
Pasquini 745
Paterni 807
Patini 1297
Pazzi 704, 743
Pecori 553, 1007, 1066
Pellegrini 530
Pellinari 103
Pellizzi 638
Pende . . . 1141, 1204, 1486
Pentimalli 1083
Pepere 60
Peracchia . . . 538, 908, 1107
Perazzi 707, 744
Pergola 206, 271
Periti 721, 945, 1491
Perna 154
Perni 1107
Perondi 635, 743
Perroncito 1299
Persia 148, 158, 189, 284, 317, 407, 412, 437, 477, 504, 1133, 1168, 1239, 1274, 1301, 1302, 1336, 1368, 1369, 1404, 1562, 1570, 1539, 1540, 1605, 1606, 1642
Perucci . 155, 1399, 1502, 1506
Perussia 281
Pescarolo 1240
Pesci 1488
Peserico 1142, 1238
Pestalozza C. 1043
Pestalozza E. . . . 443, 703, 704, 706, 707, 740, 741, 742, 744, 776, 779, 800
Petragnani 843, 1399
Pettinari 315
Pezzi . . 821, 1173, 1307, 1474
Pezzotti 1220
Piazza 844, 1488, 1491
Piccaluga . . 280, 875, 937, 1599
Piccinini G. M. . . 1205, 1299, 1333, 1399, 1492, 1537, 1602
Piccinini P. 875, 1492
Pierelli 1172
Pieri . 1401, 1498, 1501, 1502
Pietra 907
Pietravalle 566, 1259
Pignatti 1206
Pigorini 603, 1508
Pilotti 1105
Piperno . 65, 222, 319, 408, 986
Pirondini 973, 1505
Pisani 547, 636, 638, 746, 997, 1332
Pitini 61
Pittaluga 90
Pittarelli 80
Podestà 273
Poletti 13
Polettini 889
Pollara 770
Polleri 1318
Pollini 1013
Pollitzer 63, 183, 253, 255, 286, 319, 343, 349, 474, 509, 532, 534, 574, 598, 604, 606, 641, 709, 775, 801, 879, 1043, 1070, 1111, 1112, 1143, 1209, 1273, 1292, 1334, 1359, 1368, 1403, 1407, 1443, 1538, 1544, 1562, 1638
Pontano . . . 185, 221, 222, 255, 286, 319, 343, 349, 474, 569, 576, 672, 702, 912, 941, 948, 1037, 1113, 1204, 1212, 1406, 1433, 1538, 1541
Pozzato 281
Pozzi 220, 1267
Pozzilli 1105
Preti 281, 1490
Priore 1205, 1367
Puca 1475
Puccinelli 740, 741, 744
Puccioni . . . 985, 1305, 1542
Pugliese 1365, 1366
Pullè 603
Pulvirenti 564

Pag.

Puntoni . . . 153, 343, 414, 475, 672, 847, 905, 1176, 1298, 1332
Putti 154, 1077, 1205, 1299, 1507
Putzu 1502, 1508

Q

Quaranta 1493
Quarelli 1603
Quarta 123
Quattrini 439
Queirolo 1463

R

Racchiusa . . . 158, 282, 809, 810, 1237, 1653
Ragazzi 943, 1235
Ragusa 743, 744
Raimoldi 998, 1129, 1506
Ranelletti 641
Rapisardi 930, 1170
Ravà 155
Recalde 1367
Redaelli 411
Regnoli 705, 741, 744
Reh 1066
Reina 26
Reitani 1350
Remotti 1237, 1300
Ribolla 472
Ricchi 1269
Ricci F. 314, 411, 443, 908, 1107, 1300
Ricci O. 337
Ricciardelli 1641
Riccio 1502
Riccioli 1491
Righi 226
Rippa 26
Riquier 26, 908
Risegan 341
Rivalta 118
Rivetta 1269
Roasenda 594
Rodella 1212
Rolando 1505, 1506
Roli 1270
Rolle 1594, 1666
Romagna-Manoia 940
Romiti 1465
Romani 1500
Romano A. 669, 1365
Romano G. 692
Romano S. 33
Roncato . . . 570, 571, 1142
Ronchetti . . . 281, 409, 994
Roncoroni . 637, 638, 639, 1603
Rosica 595, 723
Rossi A. 571
Rossi B. . . . 281, 344, 1499
Rossi C. 1434
Rossi F. . . . 409, 743, 1091, 1100, 1237, 1499
Rossi L. 1039
Rossi O. . . 876, 1603, 1604
Rotondano 647
Ruata 638, 982
Rummo G. 25
Rummo R. 344
Russi 1010
Russo 844

S

Sabatini . . . 2, 25, 60, 90, 249, 286, 681, 905, 1332, 1464
Sabatucci . . . 804, 1546, 1603
Sabbatani 1238
Sacchetto 1238
Sacco 210
Saccomani 603
Sacconaghi 961, 993
Sadnig 243

Pag.

Sala A. 1031
Sala 907
Salkind 1490
Salmons 638, 1400
Salpietra 942
Salustri 639
Salvadori 1400
Salvioli . . . 982, 1142, 1238
Salvo 621, 698
Salvolini . . . 251, 1009, 1107
Samaja 1269, 1270
Sammartino . . . 1433, 1490
Sampietro . 501, 512, 985, 1036
Sanarelli . 313, 475, 669, 905
Sanguinetti 638
Sannu 1493
Santangelo 871
Santi . . 706, 707, 742, 778
Saraceni 585
Sartogo 1062
Sartorelli 624
Sassi 1270
Savini 1238
Scala 900
Scalas 857
Scarlini 1508
Scarpellini 1142
Schiassi . . . 867, 1603, 1604
Schiboni 1381
Schupfer 1453, 1465
Sciaky 1061
Sciarra 1388
Sciortino 1175
Sclavo 943, 1114
Scollo 744
Scontrino 741
Scremin 982
Sebastiani 761
Segrè 368
Selvaggi 160
Semenza 1437, 1490
Seppilli 638
Serafini 508, 1498
Sereni . . . 24, 28, 85, 254, 600, 901, 1002, 1110, 1236, 1362, 1495
Serono 1490
Sette 1332
Severi . . . . . . 742, 74[illegible]
Sgambati 1291, 1633
Signorelli 1073, 1491
Siligato 1217
Silvestri . . 1171, 1489, 1636
Silvestrini . . 1172, 1435, 1607
Simon 1604
Simone 743
Simonelli 945
Simeoni 1500
Sindoni 1130
Siniscalchi 639
Sisto 327, 381, 411, 508, 875, 906, 1140
Solari 93
Soli 1305
Solieri 1040
Sorrentino . . 1108, 1299, 1500
Spadolini 843
Spanio 1400
Speciale 207
Spina 1571
Spinelli 741, 779
Spolverini 1313
Stanganelli 1105, 1494
Stefani 447, 1238
Stephani 1530
Stoccada 1207, 1507
Sunsari 1540

T

Taddei . . 105, 297, 425, 1039, 1241, 1497
Talentoni 1492, 1493

Pag.

Taliercio 705
Tanturi 186
Tanzi 1603
Tardo 1505, 1507
Tassone 519
Taviani 1399
Tenconi 1437
Terni 1367
Terzaghi 1008
Testi 94, 1039
Tiberio 727
Timossi . . . 1208, 1531, 1633
Tomaselli 945
Tommasi . . 843, 1497, 1500
Tonelli 283
Tonnini 93
Torraca 1500
Trania 1436, 1617
Tramonti 1343, 1367
Trenti . . . 28, 906, 1249, 1447, 1483, 1491, 1492
Treves 637, 638
Tria 25
Trocello 1490
Trogu 1551
Truffi 125, 1008
Tuadri 1571
Tulissio 1401
Tusini 1601

U

Uffreduzzi . 411, 508, 876, 1080
Urbani 1508

V

Vacchelli 154, 1299
Valenti 1169
Valobra 876, 1140
Vallardi . 280, 409, 873, 1492
Vallillo 873
Valtangoli 1268, 1299
Valtorta 411, 570
Vanni 177, 1474, 1492
Vannucci 945 1399
Vanzetti 284
Varaldo 705
Varvaro 1141
Vastarini-Cresi 345
Vecchi 1040
Venturi 1400
Veratti 907
Vercesi 339
Verney 1047
Vernoni . . 154, 843, 945, 1400
Veronese 982, 1142
Vianello 1405
Vidal 891
Vigevani 1405
Vignali 1008
Vignoli 1364
Vignolo . . . 1498, 1500, 1502
Vitali 603
Vitelli 1131
Vivante 943
Volpe 742
Volpino 158, 809
Volterra 843, 1401

Z

Zaniboni 1500
Zanelli 804
Zannelli 871
Zanoli 1508
Zapelloni 1497
Zardo 601
Zeri 1636
Zevi 125
Zironi . . . . 8[illegible]
Zucarelli 1108
Zuccòla 966, 1284

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1923 sulla

Sezione Medica del " POLICLINICO „

Volume XXX (1923)

MEMORIE ORIGINALI.

Acido glicuronico (Sulle variazioni dell') nelle urine dei bambini ad allevamento naturale ed artificiale, con speciale riguardo agli atreptici. — Dott.ssa Libera Baldari. Pag. 420.

Alimentazione (Sui fattori complementari dell'). Le vitamine dei funghi mangerecci. — Dott. Pietro Di Mattei. Pagina 221.

Anemia perniciosa a tipo aplastico (Sopra un caso di). — Prof. Andrea Tomaselli. Pag. 569.

Anemie gravi (La cura delle) mediante la trasfusione sanguigna. — Prof. Pier Francesco Zuccòla. Pag. 239.

Asma anafilattico (Ricerche sperimentali sul cosidetto). — Dott. Gianni Petragnani. Pag. 70.

Asma epidemico da «Pediculoides ventricosus». — Dott. Giacomo Ancona. Pag. 45.

Autoagglutinazione dei globuli rossi nell'uomo (Ricerche sull'). — Dott. Prospero Mino. Pag. 533.

Cinconina (Assorbimento, eliminazione, tossicità della). — Dott. Silvestro Silvestri. Pag. 601.

Cisti aderente all'apice polmonare di sinistra facente ernia alla regione sottoiodea, osservata in una bambina di tre anni, affetta da tetania (Intorno ad un caso di). — Dott. Antonio Baccichetti. Pag. 505.

Costante ureo-secretoria (Il calcolo dei fattori estrarenali nella determinazione della). — Dott. Luigi Condorelli. Pag. 397.

Emoglobinuria nei malarici (Contributo allo studio della). — Dott. Ludovico Paterni. Pag. 543.

Encefalite epidemica cronica a sindrome parkinsoniana (Studio anatomo-clinico di un caso di). — Dott. Remo Vegni. Pag. 195.

Encefalite epidemica (Sindromi lontane della). — Prof. dott. Alessandro Borgherini. Pag. 165.

Endocardite maligna (I tipi di streptococco nella). — Dott. Enrico Trenti. Pagina 336.

Febbre ricorrente nella Somalia Italiana (Note cliniche su la). — Dott. Ugo Reitani e dott. Ennio Parisi. Pag. 514.

Fisiopatologia renale (Ricerche sperimentali di). — Prof. Mario Ghiron. Pag. 361.

Funzionalità renale (Note di tecnica sulla determinazione della). — Dott. Giuseppe Diena. Pag. 256.

Leucemia acuta (Varietà cliniche della). — Prof. Mario Ghiron. Pag. 317.

Leucolisine nel siero di sangue di bambini affetti da malattie con leucopenia (Sulla presenza di). — Dott. Armando Ronchi e dott. Luigi Sabatini. Pag. 528.

Linfoadenite inguinale epidemica (Studi ulteriori su di una) occorsa in Ronciglione. — Dott. Vittorio Vanni. Pag. 629.

Lue (Contributo allo studio dei metodi siero-diagnostici per la). Una nuova reazione di flocculazione. — Dott. Alessandro Dalla Volta e dott. Pietro Benedetti. Pag. 135.

Malaria (Sulla riproduzione sperimentale della) per mezzo dei gameti. — Prof. Tommaso Pontano. Pag. 269.

Malattia di Take Jonesco [Aortite ulcerosa tifica] (La). — Prof. Ettore Marchiafava e prof. Alessio Nazari. Pag. 1.

Paralisi acuta del nervo peroneo e del nervo tibiale destro nel decorso di una tabe. — Dott. Giuseppe Santangelo. Pagina 445.

Pieliti (Sulla terapia medica delle). — Dott. Augusto Cassuto. Pag. 413.

Pneumococchi (Studî sui). Frequenza ed importanza dei varî tipi di pneumococco. — Dottori P. Marginesu e Luciano Corda. Pag. 610.

Pneumotorace artificiale (Pressione pleurica e collasso polmonare nel). — Prof. Gioacchino Breccia. Pag. 89.

Reazione colica di origine colecistitica (Sovra una speciale). — Prof. Umberto Baccarani. Pag. 353.

Reazione del benzoino colloidale sul liquido cefalo-rachidiano (Ancora sulla). — Dott. Armando Ferraro. Pag. 127.

Reazione dell'oro colloidale (La) e la reazione del mastice nel liquor. — Dott. Carlo De Sanctis e dott. Domenico Pisani. Pag. 287.

Reazione del mastice sul liquor (La). — Dott. Domenico Pisani. Pag. 101.

Reazione di M. Weisz (Sul valore clinico della) in particolare nella febbre tifoide. — Dott. Guido Salmoni. Pag. 8.

Reazioni colloidali del liquido cefalo-rachidiano (Nuova teoria sul meccanismo di produzione delle). — Dott. Domenico Pisani. Pag. 452.

Reazioni del Liquor (Le) nella sclerosi a piastre. — Dott. Domenico Pisani. Pagina 437.

Sindrome rachitica sperimentale ottenuta mediante l'irradiazione dell'ipofisi. — Dott. Umberto Nuvoli. Pag. 485.

Tensione carbonica dell'aria alveolare (Nuova tecnica e nuove applicazioni urologiche della). — Prof. Eugenio Pirondini e dott. Giovanni Albano. Pag. 383.

Tubercolosi (Intorno alla dissociazione delle ritenzioni biliarî nella). — Dott. Aurelio Germani. Pag. 624.

Tumori cerebrali (Ulteriore contributo sui). — Prof. Orazio D'Allocco. Pag. 207.
Vaccinoprofilassi antipertossica (Osservazioni cliniche e ricerche immunitarie). — Dott. Luigi Auricchio. Pag. 25.
Zone cutanee epilettogene ed epilessia riflessa (A proposito di un caso di glioma della frontale ascendente S.). — Prof. Tommaso Pontano. Pag. 425.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

Anafilassi ed antianafilassi. — Dott. Enrico Trenti. Pag. 300.
Gas del sangue (I). — Dott. Tullio De Sanctis-Monaldi. Pag. 33.
Pressione venosa (La). — Dott.ssa Alba Corradi. Pag. 573.
Terapia febbrile ed infettiva (La) della demenza paralitica e di altre malattie da spirocheti. — Dott. Giuseppe Santangelo. Pag. 143.

NOTE BIBLIOGRAFICHE.

Ipoglosso (Sulla via centrale dell'). — Prof. Giovanni Mingazzini. Pag. 482.
Spirochaeta ictero-haemorragiae di Inada e Ido (Sulla morfologia e riproduzione della). — Dott. Vittorio Vanni. Pag. 330.
Tumori (I) del lobo temporale. — Prof. Gustavo Artom. Pag. 218

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nel 1923 sulla *Sezione Chirurgica del* " POLICLINICO "

Volume XXX (1923)

MEMORIE ORIGINALI.

Aneurisma popliteo (Osservazioni sopra un caso di). — Dott. Antonio Marta. Pagina 515.
Angioma cavernoso della parotide. — Dott.a Elvira Caporali. Pag. 450.
Appendice erniata nel canale inguinale destro (Sopra un caso di strozzamento primitivo di). — Dott. G. Gazzotti. Pagina 511.
Appendice (Sulla via più diretta di accesso alla). — Dott. Guido Carisi. Pag. 460.
Arteria meningea media (Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio delle lesioni traumatiche dell'). — Dott. Giacomo Muccini. Pag. 629.
Artrite deformante tubercolare (Contributo alla conoscenza dell'). — Dott. Manfredo Ascoli. Pag. 441.
Artrite suppurativa della sinfisi pubica in puerperio. — Prof. Sante Solieri. Pagina 298.
Ascaridiosi del fegato e delle vie biliari. — Dott. Carlo Bertone. Pag. 549.
Ascessi subfrenici (Contributo alla conoscenza degli). — Dott. Giuseppe Pisanò. Pagg. 74, 168.
Calcolo della cistifellea (Considerazioni a proposito di un raro caso di). — Dott. Alessandro Bianchini. Pag. 400.
Calcolosi primaria in rene ectopico. — Dottor Carlo Chiaudano. Pag. 366.
Chirurgia duodenale (Osservazioni sopra il mio contributo operativo di). — Prof. Pietro Bastianelli. Pag. 389.
Cisti congenite del collo (Contributo allo studio delle). — Dott. Luigi Gobbi. Pagina 372.
Cisti epiteliale congenita del prepuzio. — Dott. Giovanni Roello. Pag. 220.
Cisti non parassitarie del fegato (Sulle) con particolare riguardo alle cisti neoplasiche solitarie. (Cistoadenoma uniloculare). Prof. Oreste Margarucci. Pagina 16.
Colpo di calore post-operatorio (Il). — Dottor Ruggero Botteselle. Pag. 352.
Deviazione del complemento (La) con brodo Besredka nelle forme tubercolari. — Dott. Nino Piccaluga. Pag. 257.
Drenaggio sistematico alla paraffina (Il) negli interventi asettici. — Prof. Oreste Cignozzi. Pag. 470.
Ectopia del rene (L') nella regione lombare. — Prof. Gino Baggio. Pag. 605.
Epatoptosi (Dell'importanza dell') nelle varie manifestazioni cliniche del morbo di Glénard. — Prof. Mario Fasano. Pagina 6.
Epilessia Jacksoniana traumatica (La ricostruzione chirurgica degli strati anatomici cranio-cerebrali per la cura della). — Prof. Giorgio Giorgi. Pag. 144.
Ernia inguinale diretta della fossetta esterna (Significato clinico dell'). — Prof. G. B. Macaggi. Pag. 625.
Ernia muscolare del bicipite (Due casi di). — Dott. Umberto Nobili. Pag. 584.
Fascia plantare (Sopra alcune particolarità di disposizione della). — Dott. Paolo Barco. Pag. 1.
Fistole renali (Contributo allo studio della patogenesi, diagnosi, cura delle). — Dott. Gaetano Trogu. Pag. 481.
Fistole uretrali incomplete nella donna (Contributo allo studio delle). — Dott. Giulio Crescenzi. Pag. 497.
Fratture (Contributo sperimentale allo studio della legge di Wolff nel processo di guarigione delle). — Dott. Armando Albanese. Pag. 337.
«Genu recurvatum» acquisito (Sul). — Prof. Amato Lucio Di Bernardo. Pagina 502.
Ginocchio valgo. Etiopatogenesi - Anatomia patologica - Fisiopatologia - Cura chirurgica. — Dott. Gennaro Romano. Pagina 535.
Leiomioma della prima porzione del digiuno. Estirpazione, guarigione, nozioni cliniche sui leiomiomi dell'intestino. — Dott. Gile Brendolan. Pag. 113.
Leucocitosi (La) nell'emoperitoneo. — Dottor Vittorio Ghiron. Pag. 137.
Linfoangioma cistico della guancia (Studio sulla isto-patogenesi di un) in diretto rapporto con lobuli salivari aberranti. — Prof. Otello Finzi. Pag. 191.

Lussazione sopra-sternale della clavicola (Un caso di). — Dott. Rodolfo Redi. Pag. 268.
Lussazione traumatica del testicolo (Sopra un caso di). — Dott. Mario Margottini. Pag. 68.
Megacolon (Contributo al trattamento chirurgico del). — Dott. Giordano Giacinto. Pag. 281.
Neoplasia pancreatica (Considerazioni cliniche e diagnostiche a proposito di due casi di). — Dott. Giuseppe Pisanò. Pagina 426.
Peritonite tubercolare (Elioterapia e). — Dott. Giacomo Muccini. Pag. 524.
Pneumatosi cistica (Due casi di). A proposito dell'articolo del dott. G. Matrònola. — Prof. Luigi Torraca. Pag. 112.
Ritenzione di urina (Sopra un caso di), consecutiva a rachianestesia stovainica, durata 14 giorni. — Prof. Ignazio Di Pace. Pag. 614.
Sarcoidi fibro-connettivali (Su i cosidetti). Studio clinico ed anatomo-patologico. — Dott. R. De Battisti e Dott. B. Faccini. Pag. 128.
Sarcoma primitivo dello stomaco e trauma. Genesi traumatica di tumori. — Dott. Giuseppe Pistocchi. Pag. 83.
Stafilolisine (Sull'importanza delle) per la diagnosi delle infezioni da stafilococchi. — Dott. Nino Piccaluga. Pag. 639.
Splenomegalia malarica (La) e le sue complicazioni. — Prof. Oreste Cignozzi. Pagina 57.
Trapianti liberi di nervi (Ricerche sperimentali e contributo clinico sui). — Prof. Angelo Chiasserini. Pag. 489.
Tubercolari (Lesioni) chirurgiche (Rilievi clinici su 540). Tecnica e risultati del trattamento dell'ascesso freddo con soluzioni saline ipertoniche. — Dott. Luigi Durante. Pag. 177.
Tubercolosi della lingua (Sulla). — Prof. Giuseppe Fantozzi. Pag. 233.
Trapianti ossei. — Dott. Umberto Monaco. Pag. 203.
Tumore ovarico su una cicatrice laparotomica (Sopra un caso di trapianto di). — Dott. Giovanni Villata. Pag. 306.
Tumori pararenali (Sui). — Dott. Vincenzo Jura. Pag. 566.
Tumori renali (Contributo alla casistica dei). — Dott. Guido Carisi. Pag. 411.
Ulcera tubercolare primitiva del labbro (Un caso di). — Dott. Rinaldo Rinaldi. Pag. 272.

RISISTE SINTETICHE E CRITICHE.

Diatermia (La) in chirurgia. — Dott. Alessandro Bianchini. Pag. 590.
Nefropatie (I perturbamenti dell'eliminazione azotata nelle). Loro valore diagnostico e prognostico. — Dott. Giorgio Nicolich (junior). Pag. 319.
Pollice (I processi operatori di restaurazione del). — Prof. Sebastiano Gussio. Pag. 224.
Stomaco (Alcune moderne vedute sulla fisiopatologia dello). — Dott. Manfredo Ascoli. Pag. 43.

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ALTRI ABBONAMENTI CUMULATIVI con "il POLICLINICO„ pel 1924

Rivista di Clinica Pediatrica

La **Rivista di Clinica Pediatrica,** periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.
Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficili della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI,** ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna e Genova.

Continuando a pubblicare memorie originali, la *Rivista di Clinica Pediatrica* nel 1924 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.
Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.
La *Rivista di Clinica Pediatrica* nel prossimo anno manterrà la sua elegante e nitida veste tipografica ed aumenterà nei limiti del possibile il numero delle sue pagine.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **30** — per l'Estero L. **60**. Per gli associati al "Policlinico„: per l'Italia sole L. **27** — per l'Estero sole L. **55**.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **G. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia. È l'unico periodico della specialità in Italia.
Abbonamento annuo pel 1924: per l'Italia L. **50** - per l'Estero Fr. **70 (oro)** - Per gli associati al "Policlinico„: per l'Italia sole L. **45** - per l'Estero soli Fr. **65 (oro).**

La Clinica Ostetrica

Rivista mensile illustrata di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici, fondata dal prof. **Felice La Torre**, diretta dal prof. **PAOLO GAIFAMI** della R. Università di Roma.
La Clinica Ostetrica pubblica **contributi originali, riviste generali e analitiche, resoconti di congressi, bibliografie, cronaca;** esamina e dibatte ampiamente **questioni cliniche e scientifiche** e **d'interessi professionali;** fa posto alla **consulenza;** ha precipuamente di mira i bisogni dei **medici non specializzati.**
Abbonamento annuo: Italia L. **20** - Estero L. **26** - Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. **16** - Estero L. **20**

Numeri di saggio gratis a richiesta

Annali d'Igiene

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. Accoglie *memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno* e una densa rubrica di *recensioni,* che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di *legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria* e *notizie varie.*
In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole.
Gli "Annali d'Igiene„ pubblicano anche ricche *monografie,* in forma di "Supplementi„ e ne fanno dono agli abbonati.
Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. **36**; Estero L. **55**.
Ai medici condotti associati al "Policlinico„ gli "Annali d'Igiene„ sono offerti al prezzo di eccezionale favore di L. **30**; ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione, in via Sistina, 14.

Numeri di saggio gratis a richiesta

"La Stomatologia„ - Periodico mensile

Organo ufficiale della Federazione Stomatologica italiana

Fondato nel 1902 dalla Federazione, oltrechè tenere al corrente il lettore di tutti i moderni progressi scientifici e pratici nella specialità, si occupa degli interessi professionali della classe degli stomatoiatri italiani. E' diretto dal prof. **Alessandro Arlotta** e vi collaborano i più eminenti cultori italiani della specialità.
Abbonamento annuo per l'Italia L. 60 - Per gli associati al «Policlinico»: Per l'Italia sole L. 54

La Salute e l'Igiene nella Famiglia

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata di tutti e grandemente proficua.
Costa L. **12** — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10.**

Inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA

PROF. CARLO BASILE — Diplomato in Medicina tropicale al Royal College of Phisicians y Surgeons di Londra
Libero docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del prof. **VITTORIO ASCOLI** - Direttore della R. Clinica Medica di Roma

Riportiamo alcuni brani dei giudizi espressi dalla stampa medica italiana su questo *Manuale:*

« L'alta competenza dellA. si riflette su tutta l'opera. Scrivendo per i medici, egli si è limitato alle nozioni che li interessano, cioè ai parassiti più importanti per la patologia umana, e si è lasciato guidare unicamente dall'importanza pratica legata ad ogni capitolo. La praticità è lo scopo da cui nulla lo svia: elimina citazioni, dissertazioni, dottrine; si attiene ai fatti. Varie tabelle condensano e sistemano le nozioni esposte. Il lavoro è corredato di abbondanti e dimostrative illustrazioni, in parte schematiche, molte originali.

Esso riunisce tutte le condizioni per rendersi utile: e nessun medico colto dovrebbe privarsene.

Nella tecnica dell'allestimento editoriale non è stata trascurata nessuna spesa. Una lode va alla coraggiosa Casa editrice ». (Da *Annali d'Igiene,* febbraio 1923).

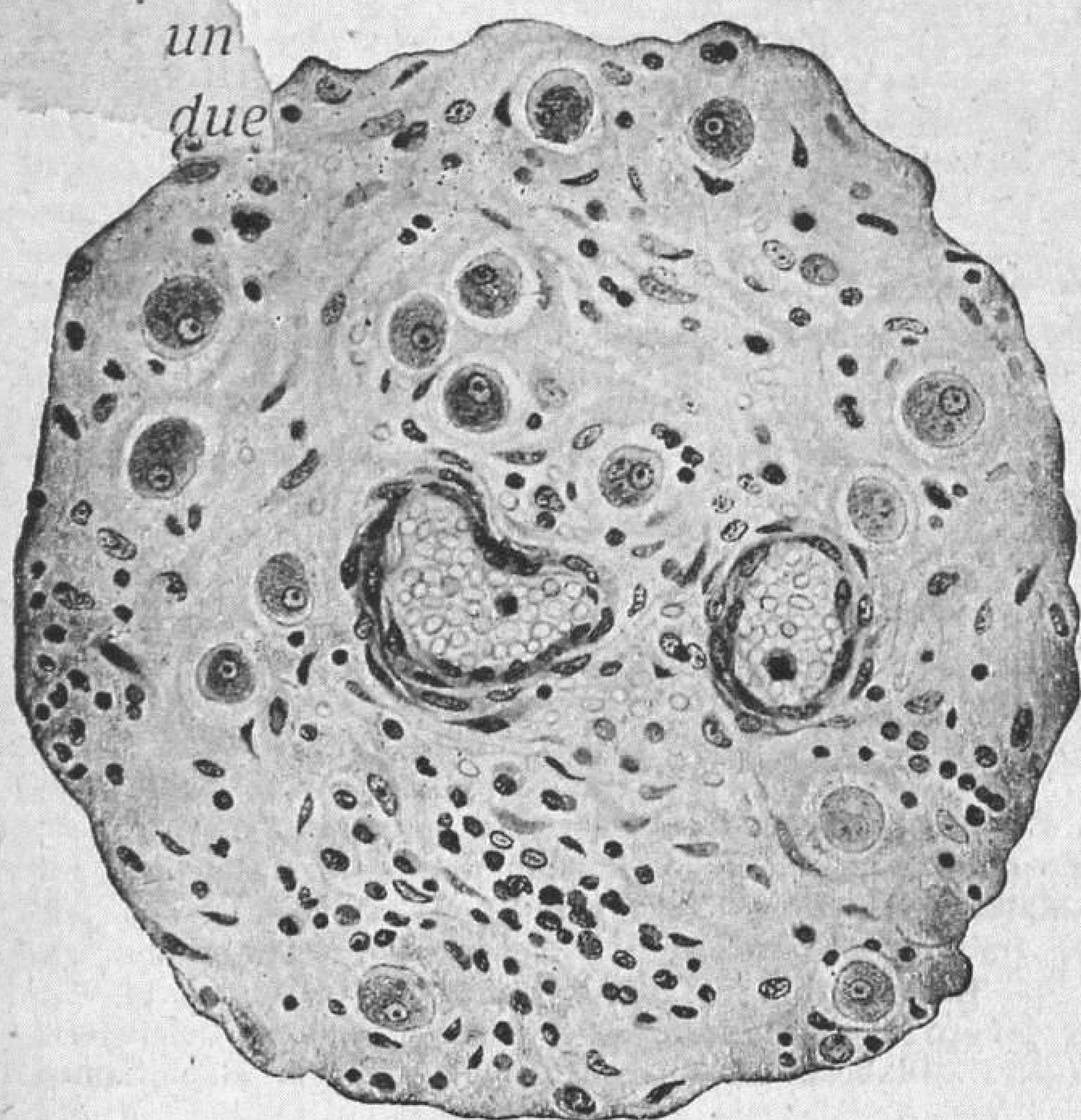
« Il prof. BASILE ha dato una brillante prova del come si possano sormontare le gravi difficoltà didattiche inerenti alla trattazione sistematica di una materia tra le più agitate.

La parte diagnostica differenziale — di grandissima importanza quando si consideri il *Manuale* in una delle sue funzioni essenziali, quella di consultazione — è svolta dal BASILE con svariati e spesso nuovi artificii didattici: figure, tabelle, schemi; ne consegue una forma concisa, attraente, che dà al lettore un senso euforico di chiarezza e di ordine.

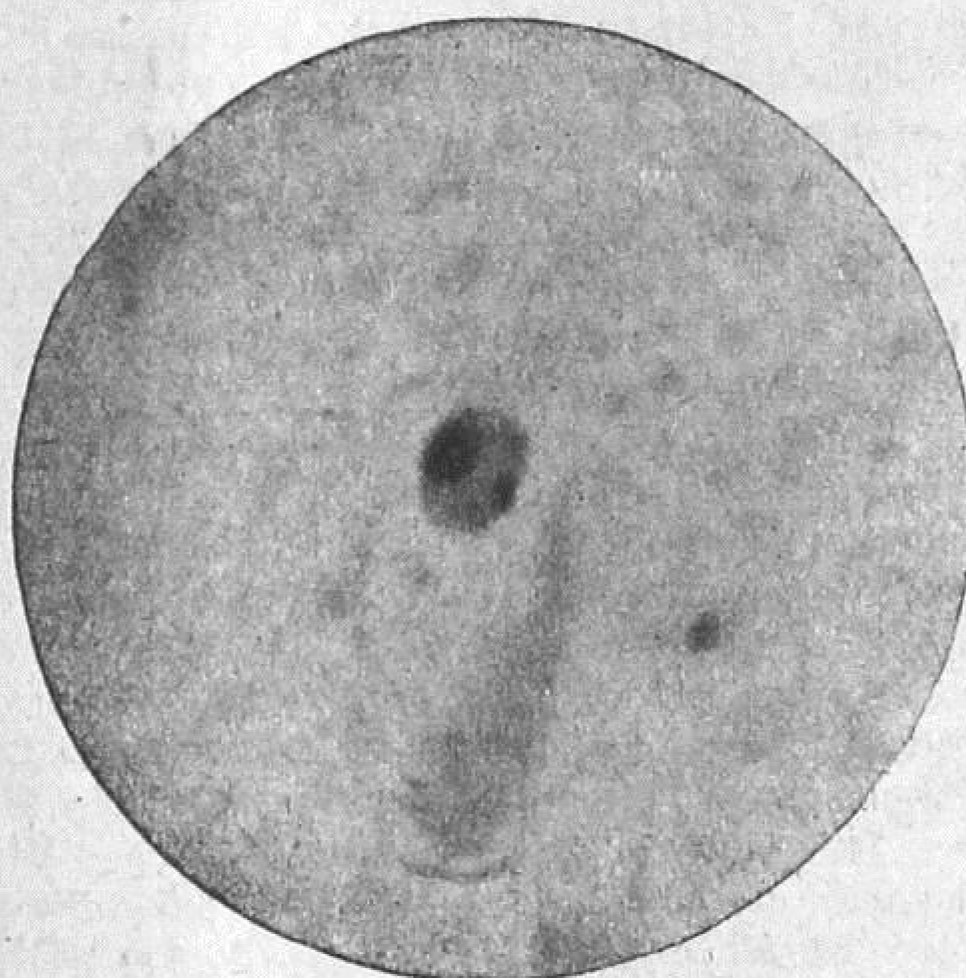
Nella trattazione di contenuto particolarmente medico abbiamo constatato uno scrupoloso aggiornamento dei dati più importanti. Molto selezionata, la parte tecnico-diagnostica di laboratorio che rivela un ricercatore consumato; pochi metodi, ma pratici e attendibili.

Così, conciso e serrato nella elaborazione della materia, limpido e chiaro nella esposizione, corredato dai più opportuni sussidi grafici, questo *Manuale* si presenta agli studiosi italiani in un opportuno momento ed è destinato ad un lungo cammino ». (Da *Pathologica,* 15 marzo 1923).

SAGGIO DELLE ILLUSTRAZIONI



Dissenteria amebica. Sezione di intestino crasso. Notasi l'*Entamoeba histolityca* nei tessuti e lo stato di congestione dei vasi sanguigni. (Da un preparato avuto gentilmente da Wenyon).



Microfotografia. *Leishmania infantum.* Originale. Ingr. 3000 diam.



Leptospira ictero-haemorragiae (Noguchi, 1917). - Agente patogeno della Spirochetosi ittero-emorragica o ittero-infettivo.

Un volume in 8°, di pag. XII-262, (N. 8 della Collana Manuali del "Policlinico„) stampato su carta semipatinata, con 91 figure e 18 tavole intercalate nel testo e 2 tavole a colori fuori testo — Prezzo L. **33.** Per i nostri abbonati sole L. **28** in porto franco.

Inviare cartolina vaglia al Cav. LUIGI POZZI — Via Sistina 14, Roma.

Prof. Dott. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

La TERAPIA CLINICA nella Medicina pratica

Indicazioni - Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche

INDICE

Introduzione. — A) TERAPIA ETIOLOGICA. — I. **Medicazione antinfettiva.** - A) Medicazione antibatterica od immunizzante (immunterapia). - **a)** Infezioni generali: 1. Tubercolosi; 2. Influenza; 3. Streptococcìa; 4. Stafilococcìa; 5. Tifo; 6. Febbre melitense; 7. Peste; 8. Carbonchio; 9. Morva. - **b)** Infezioni esantematiche: 10. Vajuolo; 11. Tifo esantematico. - **c)** Infezioni con prevalenti localizzazioni nervose: 12. Rabbia; 13. Tetano; 14. Meningite cerebro-spinale. - **d)** Infezioni con prevalenti localizzazioni respiratorie: 15. Difterite; 16. Polmonite. - **e)** Infezioni con prevalenti localizzazioni intestinali: 17 Dissenterite bacillare; 18. Colera. — B) Medicazione antimicotica. — C) Medicazione antiprotozoica (chemoterapìa): 1. Sifilide; 2. Spirillosi e Tripanosomiasi; 3. Malaria; 4. Dissenterite amebica; 5. Leishmaniosi; 6. Reumatismo articolare acuto; 7. Neoplasmi; 8. Tubercolosi; 9. Pneumococcìa, Streptococcìa, Stafilococcìa; 10. Accesso gottoso. — D) Medicazione antielmintica: 1. Cestodi; 2. Trematodi; 3. Nematodi; 4. Strongilidi; 5. Tricotrachelidi; 6. Filarie e Anguillule. — E) Medicazione antiartropoidea: 1. Acaridi; 2. Insetti. — II. **Medicazione antitossica.** - A) Autointossicazioni. — B) Avvelenamenti: 1. Acido cianidrico; 2. Acido citrico; 3. Acido cloridrico; 4. Acido fenico; 5. Aconito; 6. Alcool; 7. Antimonio; 8. Antipirina; 9. Argento; 10. Arsenico; 11. Bario; 12. Belladonna; 13. Caffeina; 14. Calabarrina; 15. Calcio; 16. Cantaride; 17. Carbonio 18. Catrame; 19. Chinina; 20 Cianuri; 21. Cloralio; 22. Cloro; 23. Cloroformio; 24. Coca; 25 Digitale; 26. Felce; 27. Fosforo; 28. Giusquiamo; 29. Idrogeno solforato; 30. Jodo; 31. Mercurio; 32. Muscarina; 33. Nicotina; 34. Nitrito d'amile; 35. Noce vomica; 36. Oppio; 37. Piombo; 38. Rame; 39. Santonina; 40. Segala. — **B)** TERAPIA SINTOMATICA.— I. **Terapia generale.** - 1. Medicazione tonica; 2. Medicazione ricostituente; 3. Medicazione antidrotica; 4. Medicazione antipiretica; 5. Medicazione dell'infiammazione: **a)** Medicazion flogogena; **b)** Medicazione antiflogistica. — II. **Terapia della pelle.** - 1. Terapia della secrezione sudorale: **a)** Medicazione antidiaforetica; **b)** Medicazione diaforetica; 2. Terapia della secrezione sebacea. — III. **Terapia del sistema nervoso.** - 1. Medicazione neurotrofica; 2. Medicazione psichica: **a)** Medicazione psicoterapica; **b)** Medicazione depresso-motrice; **c)** Medicazione eccito-motrice; 5. Medicazione ipotensiva od evacuatrice. — IV. **Terapia del sistema endocrino-simpatico.** - 1. Medicazione simpaticotropa: **a)** Medicazione simpatico-tonica, **b)** Medicazione simpatico-ipotonica; 2. Medicazione autonomotropa: **a)** Medicazione autonomo-tonica; **b)** Medicazione autonomo-ipotonica. — V. **Terapia del sangue.** - 1. Medicazione emocromogena; 2. Medicazione eritrocitica; 3. Medicazione leucocitica. — VI. **Terapia dell'apparecchio circolatorio.** - A) Terapia del cuore: 1. Medicazione cardio-sedativa; 2. Medicazione cardio-cinettica; 3. Medicazione cardio-regolatrice (antiaritmica). — B) Terapia dei vasi: 1. Medicazione angiotrofica; 2. Medicazione vasodilatatrice; 3. Medicazione vasocostrittrice; 4. Medicazione emostatica. — VII. **Terapia dell'apparecchio urinario.** - 1. Medicazione astringente; 2. Medicazione diuretica; 3. Medicazione antitossica; 4. Medicazione antisettica. — VIII. **Terapia dell'apparecchio respiratorio.** - 1. Medicazione antidispnoica; 2. Medicazione dei disturbi dell'ematosi; 3. Medicazione espettorante; 5. Medicazione essiccante. — IX. **Terapia dell'apparecchio digerente.** - A) Terapia della secrezione salivare: 1. Medicazione ipocrinica; 2. Medicazione ipercrinica; 3. Medicazione modificatrice della saliva. — B) Terapia dello stomaco: 1. Medicazione eupeptica: **a)** Medicazione gastro-ipercrinica **b)** Medicazione gastro-ipocrinica; 2. Medicazione gastro-cinetica: **a)** Medicazione gastro-ipercinetica; **b)** Medicazione gastro-ipocinetica. C) Terapia dell'intestino. 1. Medicazione enterocinetica: **a)** Medicazione entero-ipercinetica (purganti); **b)** Medicazione ente[illegible] ipocinetica (antidiarroici); 2. Medicazione antisettica. — D) Terapia del fegato. - 1. Medicazione colagoga; 2. Medicazione [illegible] catrice della bile: **a)** Medicazione anti-colelitiasica; **b)** Medicazione antisettica. — E) Terapia del Pancreas. — X. **Ter[illegible] nutrizione.** - 1. Medicazione del metabolismo dei carboidrati; 2. Medicazione del metabolismo dei grassi; 3. Medicazion[illegible] bolismo dei proteidi: **a)** Medicazione antiazoturica; **b)** Medicazione antiossalica; **c)** Medicazione antiurica. — **C)** TER[illegible] MALATTIE. — I **Malattie infettive.** - A) Infezioni generali: 1. Malaria; 2. Tripanosomiasi e Leishmaniosi; 3. Reum[illegible] fluenza; 5. Tifo; 6. Paratifo; 7. Febbre melitense; 8. Peste; 9. Carbonchio; 10. Morva. — B) Infezioni esantemati[illegible] Tifo esantematico; 12. Vajuolo; 13. Varicella; 14. Morbillo; 15. Scarlattina; 16. Erisipela. — C) Infezioni con prevalenti localizzazioni nervose: 17. Rabbia; 18. Tetano; 19. Poliomielite anteriore acuta; 20. Meningite cerebro-spinale epidemica. — D) Infezioni con prevalenti localizzazioni respiratorie: 21. Difterite; 22. Tosse convulsiva; 23. Pulmonite crupale. — E) Infezioni con prevalenti localizzazioni all'apparato digerente: 24. Mughetto; 25. Parotite epidemica; 26. Dissenterite; 27. Colera. — II. **Malattie del sistema nervoro.** - 1. Isterismo; 2. Nevrastenìa; 3. Epilessìa; 4. Meningite; 5. Commozione cerebro-spinale; 6. Emorragìa cerebrale; 7. Trombo-embolismo cerebrale; 8. Encefalite; 9. Paralisi agitante; 10. Corea; 11. Polioencefalite; 12. Paralisi bulbare; 13. Spondilosi rizomelica; 14. Carie vertebrale; 15. Meningite spinale; 16. Ematomielìa; 17. Mielite; 18. Sclerosi multipla; 19. Siringomielìa; 20. Poliomielite anteriore acuta; 21. Amiotrofie; 22. Tabe; 23. Nevralgie; 24. Neuriti. — III. **Malattie del sistema endocrino-simpatico.** - 1. Nevrosi celiaca; 2. Asfissìa locale delle estremità; 3. Edemi nevrotici; 4. Eritromelalgìa; 5. Meralgìa parestesica; 6. Acroparestesìa; 7. Cefalgìa; 8. Retrazione dell'aponevrosi palmare e plantare; 9. Osteopatie sistematiche; 10. Male perforante; 11. Mixedema; 12. Gozzo esoftalmico; 13. Tetanìa; 14. Acromegalìa e Gigantismo; 15. Sindromi adipose ipofisarie; 16. Morbo bronzino; 17. Stato timico-linfatico; 18. Infantilismo. — IV. **Malattie del sangue.** - 1. Cloroanemìa; 2. Anemìa perniciosa progressiva; 3. Policitemìe; 4. Leucemìe e Pseudoleucemìe; 5. Ittero emolitico; 6. Emofilìa; 7. Porpore; 8. Scorbuto; 9. Emoglobinuria parossistica. — V. **Malattie dell'apparecchio circolatorio.** - 1. Angina di petto; 2. Cardiopalmo; 3. Pericardite; 4. Miocardite; 5. Endocardite; 6. Arterite; 7. Arteriosclerosi; 8. Aneurismi; 9. Flebite; 10. Flebectasìa. — VI. **Malattie dell'apparato urinario.** - 1. Nefrorragìa; 2. Nefrite; 3. Pielite; 4. Idronefrosi; 5. Nefrolitiasi; 6. Enuresi; 7. Cistite. — VII. **Malattie dell'apparecchio respiratorio.** - 1. Asma bronchiale; 2. Bronchite; 3. Bronchiettasìa; 4. Broncostenosi; 5. Edema polmonare; 6. Atelettasìa polmonare; 7. Enfisema polmonare; 8. Broncopolmonite; 9. Polmonite interstiziale; 10. Pneumoconiosi; 11. Tubercolosi polmonare; 12. Gangrena polmonare; 13. Ascesso polmonare; 14. Pleurite; 15. Pneumotorace. — VIII. **Malattie dell'apparato digerente.** - 1. Stomatiti; 2. Angine; 3. Stenosi esofagea; 4. Spasmo del cardias; 5. Spasmo del piloro; 6. Imbarazzo gastrico; 7. Gastrite; 8. Carcinoma gastrico; 9. Ulcera gastro-duodenale; 10. Enterite; 11. Tiflite; 12. Appendicite; 13. Entero-colite; 14. Emorroidi; 15. Peritonite; 16. Cirrosi epatica; 17. Ascesso epatico; 18. Echinococco del fegato; 19. Tumori del fegato; 20. Angiocolite e Colecistite; 21. Colelitiasi; 22. Pancreatite; 23. Tumori del pancreas. — IX. **Malattie della nutrizione.** - 1. Diabete; 2. Obesità; 3. Gotta; 4. Rachitismo; 5. Osteomalacìa.

Un grosso volume di pagine VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, dal rinomato Stabilimento Staderini di Roma, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58** più le spese di spedizione e di raccomandazione. Pei nostri abbonati, sole L. **50** con l'invio in porto franco.

Per ricevere quanto sopra inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXX Roma, 1° Gennaio 1923 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1923.

Ai Medici Italiani,

Il " POLICLINICO „ è stato finora accompagnato dalla fiducia e dalla simpatia dei medici italiani, che ne hanno favorito il continuo progressivo moto ascensionale, Il successo, se ci ha lusingati e ci riempie l'animo di gratitudine verso i Colleghi che sommano ormai a più che metà di tutti i medici italiani, non ci ha arrestati nel ricercare di continuo ogni mezzo, ogni via di perfezionamento.

Non le vaghe innovazioni formali ci hanno sedotto, ma ci ha stretti sempre più, affinandosi il senso di responsabilità con il crescere dell'esperienza, la cura assidua e scrupolosa nello svolgimento del nostro programma: indipendenza da ogni scuola, serenità e severità nella selezione dei lavori originali e delle riviste, passione viva per la tutela dei diritti e degli interessi della classe medica.

Se per comune consenso la nostra **Sezione pratica settimanale** *rispecchia e soddisfa le giuste esigenze del medico pratico italiano, costituendo da sola per lui un giornale completo, noi riteniamo che più e meglio devono essere apprezzate le due Sezioni mensili,* **medica e chirurgica**, *destinate alle memorie originali scientifico-cliniche. Esse sono il degno complemento della* **Sezione pratica** *per quei medici che siano già orientati più verso l'una che l'altra delle branche mediche e in grado quindi di approfondirne i problemi e di conquistare più fine e sicuro discernimento clinico.*

In quest'anno ciascuna delle due Sezioni s'è quasi raddoppiata per il numero di pagine rispetto agli anni passati, e ha potuto per conseguenza accogliere le memorie più importanti senza preoccupazione di spazio.

Invero il rigoglio degli studi medici tra noi ci ha permesso di offrire memorie di alta originalità e di singolare valore, così che molti numeri racchiudono vere e proprie monografie. Non pochi dei fascicoli mensili si sono chiusi con riviste sintetiche o con notizie bibliografiche di carattere elevato.

Riguardando adunque il frutto del nostro lavoro conformato a quell'indirizzo di serietà clinica e di probità professionale che ci ha conquistato la fiducia generale, non sentiamo, allo spuntare di questo nostro XXX anno di vita, di dover tracciare programmi nuovi, nè lanciare promesse mirifiche, ma soltanto vogliamo assicurare i nostri abbonati - ormai amici sicuri - che, come per il passato, noi ne sosterremo i bisogni, gli interessi, la coltura, mirando sempre in alto per dare agli italiani salda coscienza del loro valore, per diffondere all'estero la stima e l'onore della medicina italiana.

LA REDAZIONE.

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Sabatini. Sui fenomeni d'inversione nell'encefalite epidemica.
Osservazioni cliniche: F. Grego: Sopra due casi di anemia perniciosa.
Note e contributi: G. B. Poletti: Contributo allo studio delle alterazioni endorali in gravidanza e puerperio.
Rivendicazioni: G. Bilancioni: Sindrome di Gradenigo e canale di Dorello.
Sunti e rassegne: MEDICINA: E. Maschcowitz: Sulla patologia dell'ipertensione. — CHIRURGIA: Descarpentries: Un caso di tumore della glandola carotidea. — DIAGNOSTICA: Morrell: Uso ed abuso della Radiologia.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica di Pavia.
Appunti per il medico pratico: UROLOGIA: Valore diagnostico del rapporto fra il volume di urina emessa di giorno e di notte. — Prostatismo giovane. — Ematurie renali e nefralgie ematuriche. — Le grandi ematurie nella idronefrosi. — Infarto renale asettico. — Trattamento dell'edema polmonare nefritico con la legatura degli arti. — Gli autovaccini nella pielocistite. — La digitale nei cardio-renali. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Contributo allo studio delle vitamine. (Gli attivatori biologici). — Il riflesso addominale del vago. (La leucopenia vagotonica). — IGIENE: Animali domestici e malaria. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA: Le macchie solari ed il decorso delle malattie croniche.
Nella vita professionale: In tema di assicurazioni malattie. — Cronaca del movimento professionale. — Risposte a quesiti e a domande. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Sui fenomeni d'inversione nell'encefalite epidemica.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, aiuto.

La recente comparsa epidemica dell'encefalite letargica ha dato ovunque luogo a studi ampi, molteplici, traenti partito da un'alta percentuale dei casi manifestatisi. Del grande materiale d'osservazione e di ricerche accumulato, nei vari paesi, su questa inusitata forma morbosa si comincia ora la riunione e la sistematizzazione ai fini della patologia e della clinica. Fra i lavori più completi fatti in questo senso può essere ricordato quello di Achard (1), contenente fra l'altro un indice bibliografico con qualche migliaio di citazioni.

Invece lo studio dei postumi dell'encefalite epidemica essendo, per evidenti ragioni di cronologia, ancora in pieno sviluppo, trovasi sparso e frammentario.

È già però un fatto assodato che i postumi dell'encefalite epidemica sono multiformi, come multiformi furono i sintomi propri della fase acuta della malattia: effetti entrambi della varietà di sede, d'estensione, di combinazioni delle lesioni nervose.

Fra i postumi più frequenti dell'encefalite epidemica stanno i disturbi motorii cronici, che sogliono culminare nella sindrome parkinsoniana postencefalitica; non raramente però si trovano descritti anche postumi a carico delle sfere sensitiva, sensoriale e psichica.

(1) ACHARD. L'encéphalite léthargique. Paris, Baillière, 1921.

Forma non frequente e strana di postumi dell'encefalite epidemica è la cosiddetta inversione del sonno: cioè sonnolenza diurna con insonnia notturna, accompagnata, inoltre, spesso con agitazione motoria e psichica.

Questa inversione del sonno, sulla quale torneremo, è stata descritta da molti autori.

C'è però oltre l'inversione del ritmo del sonno almeno un altro gruppo distinto di alterazioni della sfera motoria e psichica, le quali si presentano anch'esse di giorno e cessano pressochè del tutto nella notte.

Queste alterazioni sono rappresentate da tremori, difficoltà di compiere alcuni atti, e sopratutto lo scrivere, esauribilità fisica e psichica straordinariamente rapida, torpore intellettuale: tutti sintomi che hanno la loro manifestazione nelle ore del giorno, mentre si attenuano o scompaiono nella notte. Non suole accompagnarsi ad essi disturbo nel ritmo del sonno.

Su questa sindrome io ho per primo richiamato l'attenzione nel 1921 con una comunicazione al XXVII Congresso della Società italiana di medicina interna (1). Dopo di allora ho avuto occasione di vedere ancora altri 3 casi aventi la stessa sintomatologia. Di due, fra i più tipici, riporto in breve le osservazioni cliniche, che valgono nel contempo come descrizione del quadro morboso.

La prima osservazione riguarda una domestica, di 21 anni, nubile, la quale un giorno del febbraio 1920, in pieno benessere, mentre lavorava, notò che la gola le era divenuta asciutta, la voce rauca, e si mordeva la lingua. Nella notte cominciò a delirare ed aver tremori e scosse agli arti. Dopo tre giorni dall'inizio

(1) SABATINI. Rendiconto del XXVII Congr. ital. di med. interna. «Policlinico», Sezione prat., 1921, pag. 1506.

di questi disturbi fu colta da sopore intenso: non riusciva, se svegliata, ad aprire bene gli occhi (ptosi palpebrale): poteva appena rispondere qualche parola quand'era chiamata ad alta voce. Questo stato durò circa 5 giorni. Lasciato il letto l'inferma non si reggeva in piedi, aveva vista debole e diplopia. Il disturbo visivo durò 2 mesi. Durante l'estate migliorò: ma verso la fine di settembre apparvero tremori agli arti superiori e inferiori, cefalea, decadimento delle forze e della nutrizione, per le quali sofferenze entra all'Ospedale il 23 novembre.

Nulla di notevole all'esame obbiettivo degli organi interni. I dati positivi dell'esame neurologico si possono riassumere come segue: lieve paresi dei retti esterni, senza diplopia. Facies parkinsoniana, rigida, con limitatissima mobilità dei muscoli mimici; frequenti scosse fascicolari, specie nei movimenti, dei muscoli della faccia, del collo e, più di rado, degli arti. Oscillazioni aritmiche del capo. Aumentata resistenza di tutti i muscoli ai movimenti passivi. Tremori delle mani. Tendenza alle attitudini catatoniche. Andatura paretica a piccoli passi. lateropulsione e retropulsione evidenti. Sensibilità in tutto normale. Psiche integra per quanto riguarda percezione, attenzione, orientamento, critica, affettività.

La diagnosi clinica è in questo caso assai chiara: encefalite epidemica pregressa con postumi a sindrome parkinsoniana.

Durante la degenza, che dura alcuni mesi, non si ha nulla di mutato da registrare. La paziente è tranquilla, ed apirettica: ciò che colpisce di essa è l'immutabile indifferenza, l'apatia in cui passa le sue giornate; tanto alla visita del mattino, quanto a quella del pomeriggio essa si presenta in attitudine stereotipata, inespressiva.

Una notte, verso le undici, avendo avuto occasione di entrare in corsia, noto con sorpresa che quest'inferma sta seduta sul letto e alla luce velata di una vicina lampada elettrica, compie speditamente un delicato lavoro a maglia.

Interrogata, la paziente risponde che da quando le si è manifestata la sindrome parkinsoniana, non può far nulla di giorno, perchè ha tremori muscolari, facile stanchezza, torpore di ogni facoltà psichica: ma dopo scesa la notte si sente bene, può compiere lavori delicati perfino di ricamo, può scrivere, può leggere con piacere. Ciò fino verso mezzanotte, quando s'addormenta come una persona normale.

Tale alternativa di benessere fisico e lucidità mentale di notte e di torpore psichico e sofferenza diurni è assolutamente netta e si ripete senza eccezioni; di guisa che l'inferma sceglie le prime ore della notte per scrivere ai parenti, per lavorare di cucito, per leggere.

Una successiva prolungata osservazione diretta conferma questi dati. I tentativi di far lavorare o di applicare intellettualmente l'inferma nelle ore del giorno lasciano riscontrare oltre che una difficoltà intrinseca di compiere le manualità per effetto di tremori diurni, a volte intensissimi, anche lo enorme sforzo psichico, che l'inferma fa per eseguire gli ordini, per es., di lavorare o scrivere; la evidente stanchezza che insorge rapida, e la cessazione dopo un po' di tempo di ogni attività, come se cessasse, dopo lo sforzo tentato, ogni potere psichico dinamogenetico, mentre i tremori si fanno più ampi ed intensi.

Le figure 1, 2, 3 riproducono saggi di scrittura compiuti da questa inferma alle 11 del mattino e alle 11 di sera. La differenza in essi è evidente ed è fondamentalmente costituita dal tremore, che rende le lettere nella scrittura diurna più irregolari, frastagliate, a zig-zag. Ma mentre l'inferma copiava il suo saggio, si poteva bene apprezzare il grande sforzo che veniva facendo: di questo sforzo si trova traccia nella malsicura conformazione delle parole, nelle frequenti riprese, nella tendenza a sbagliare. Per copiare lo stesso numero di righe la paziente impiegava di giorno un *tempo triplo* che non di notte.

Le stesse differenze si riscontravano nell'eseguire lavori femminili di giorno o di notte, nel parlare, e perfino nella capacità di ragionamento e di critica, assai più vigile di notte, che non di giorno.

Questo tipo di inversione, o per dire più esattamente, di alternanza, di periodicità di un gruppo di funzioni rimase costante per tutto il successivo periodo di degenza, finchè la paziente uscì, senza miglioramento, il 17 marzo 1921.

Una seconda osservazione, assai analoga alla precedente, riguarda un giovane elettricista di 15 anni, che fu ricoverato la prima volta in Clinica, durante il periodo di maggiore diffusione dell'encefalite epidemica, e precisamente dal 9 al 31 gennaio 1920. L'infermo, il quale non presentava nulla di notevole nell'anamnesi remota, era stato colpito tre giorni prima da senso d'angoscia, diplopia, ptosi palpebrale; successivamente erano subentrate

profonda sonnolenza, contrazioni muscolari a tipo di corea elettrica, eccitazione motoria con delirio allucinatorio grave.

Durante la degenza dell'infermo nel nostro Istituto si svolse il più caratteristico quadro clinico della encefalite epidemica. Nonostante la gravità della forma, il paziente, in piena convalescenza, potè essere riconsegnato alla famiglia dopo 3 settimane.

Ritornò però in Clinica l'8 maggio successivo perchè si sentiva ogni giorno più debole ed era afflitto da insonnia persistente ed invincibile nella prima metà della notte, non riuscendo a prender sonno che verso le 4 del mattino, per riposare solo poche ore.

Il paziente racconta in quest'occasione che ha buon appetito, anzi spesso la notte deve alzarsi perchè sente il bisogno di mangiare.

Durante il giorno se ne andava per
il bosco con un libro in mano, e in
quel gran silenzio rimaneva delle ore
intiere a guardare le foglie mosse

Fig. 1. — Saggio di scrittura eseguito durante il giorno.

Durante il giorno se ne andava
per il bosco con un libro in mano,
e in quel gran silenzio rimaneva
delle ore intiere a guardare le foglie

Fig. 2. — Lo stesso saggio di scrittura della fig. 1, eseguito durante la notte.

Policlinico Umberto I°
di Roma; inverno 1921.
Annunziata Chini.

Policlinico Umberto I°
di Roma; inverno 1921
Annunziata Chini

Fig. 3. — L'inferma scrive sotto dettato di giorno (prime tre righe).
Lo stesso dettato eseguito nella notte (seconde tre righe).
(La paziente impiega per scrivere i tre righi di giorno circa 4 minuti; mentre per lo stesso lavoro impiega di notte 45 secondi. Notisi che la scrittura di notte fu eseguita per prima).

Non prova fatica a leggere o scrivere, invece ciò gli arreca sollievo diminuendo la sua irritabilità.

All'esame obbiettivo dimostra solo debolezza e tremori muscolari, riflessi esagerati, lentezza di movimenti. Non trovando giovamento nelle cure esce il 22 maggio 1921.

Fa il suo terzo ingresso in Clinica il giorno 11 maggio dell'anno successivo.

Questa volta egli si lamenta di grande stanchezza, irritabilità, tremori, difficoltà nei movimenti, torpore psichico specie di giorno.

L'esame obbiettivo rivela una classica sindrome parkinsoniana, con la presenza di tutti i segni nevrologici tipici. Insieme ad altri disturbi il paziente, che conosce la musica, racconta di essere capace di suonar bene il violino nelle ore di notte; ma di non riuscire a suonarlo durante il giorno, perchè si sente chico; mentre la notte precedente aveva già copiato lo stesso rigo in meno di un minuto e con la normale speditezza e facilità di un buon conoscitore di musica.

Questo paziente presentava anche un altro tipo di alternanza: nella notte cioè cessava quasi del tutto la rigidità muscolare, migliorava la forza, s'attenuava la rapida esauribilità, sicchè l'infermo poteva muoversi bene per i suoi bisogni e passeggiare a lungo.

Anche le facoltà psichiche superiori, torpide di giorno, divenivano più vigili e più integre la sera e la notte.

L'infermo lasciò la clinica senza nessun miglioramento obbiettivo, nonostante le cure.

Il tipo di postumi, reliquati da classiche forme acute d'encefalite epidemica, che io ho osservato e sono venuto descrivendo, è dunque rappresentato da un gruppo di disturbi,



Fig. 4 — Rigo di musica copiato nelle ore del giorno.



Fig. 5. — Lo stesso rigo di musica della fig. 4, copiato durante la notte.

legato, trema, e dopo i primi tentativi si stanca, ed allora non può più leggere bene la musica e non riesce a ricordare a mente i motivi: tutti questi disturbi scompaiono completamente nelle ore di notte, durante le quali può suonare anche a lungo, leggere e spesso, durante perfino 2 o più ore, copiare correntemente e correttamente molte pagine di musica.

È da notare che quest'infermo non ha affatto inversione del sonno.

Le alterazioni della scrittura diurna e notturna sono identiche a quelle del caso precedente.

Come saggio del disturbo nella scrittura della musica riporto le figure 4 e 5. Specialmente dimostrativo è il paragone del rigo di musica copiato alle 11 del mattino e dello stesso rigo copiato alle 11 di notte: il tremore vi si rivela evidentissimo; ma oltre a ciò devesi aggiungere che per copiare il rigo del mattino il paziente ha impiegato *più di sei minuti*, interrompendosi, riposandosi, compiendo un evidente sforzo non solo meccanico, ma psi-

i quali si presentano di giorno e scompaiono nella notte. Questi disturbi diurni sono rappresentati da: tremori più o meno intensi e rigidità muscolare, stanchezza fisica rapidamente insorgente, esauribilità psichica precocissima dopo ogni minimo sforzo, e come conseguenza di ciò impossibilità più o meno di alto grado di prestare attenzione, applicarsi, leggere, scrivere, lavorare (cucire, ricamare), suonare, ecc. Tutti questi disturbi si attenuano rapidamente alla sera e scompaiono pressochè del tutto nella notte, reintegrandosi allora le funzioni sospese od ostacolate durante il giorno. Per tal guisa i pazienti sono costretti a compiere determinati atti, specie il leggere e lo scrivere, solo nella notte. E quando noi paragoniamo, per es., la scrittura del giorno e della notte, notiamo l'effetto di questi disturbi, rappresentato da tremori, errori, sospensioni; assistendo poi direttamente il paziente che scrive, si vede come impieghi di giorno un tempo triplo o quadruplo di quello impiegato la notte per fare lo stesso lavo-

ro, e si affatichi e cerchi di sospendere più volte il lavoro stesso.

Per pura semplicità di comprensione io ho, alquanto impropriamente, chiamato questi sintomi anch'essi col nome di fenomeni d'inversione, in analogia con l'inversione del sonno, che, si noti, per lo più in siffatti pazienti manca.

Infatti è spontaneo il ravvicinare, per affinità di gruppo, i disturbi, che sono venuto descrivendo, alla inversione del sonno, che è stata notata da molti di coloro, i quali hanno avuto occasione di seguire infermi di encefalite epidemica. Particolarmente, se ne sono occupati in Italia il Francioni, il Roasenda, lo Zalla, il Salvetti. Quasi sempre tale inversione è stata osservata nei bambini; ma non mancano osservazioni fatte su adulti e perfino su vecchi. Specie nei bambini l'insonnia notturna si accompagna con uno stato di agitazione motoria e psichica: gl'infermi cantano, gridano, passeggiano per la stanza, scendono continuamente dal letto, fanno smorfie, hanno accessi convulsivi, scosse, ecc.

È notevole che in un medesimo soggetto la sindrome d'agitazione, che gli è propria, si ripete sempre uguale e stereotipa.

Anche all'estero molti si sono occupati dell'inversione postencefalitica del sonno. Il Bremer ha descritto un caso che per lo stato maniaco notturno dovette essere internato in manicomio; successivamente Findlay e Shiskin ne hanno descritto un caso analogo; ricordo poi Hofstadt (21 casi), Pfaundler (parecchi casi), Janecke (1 caso), Walter (3 casi), Progulski e Gröbel (1 caso di encefalite cosiddetta nottambulica), Reh (parecchi casi osservati in Svizzera), Morley Fletcher (2 casi), ecc.

Qualcuno di questi autori ha accennato a lievi disturbi mentali degli infermi, durante il giorno. Ma in tutti i loro cacsi ciò che dominava, caratterizzando la sindrome, era la insonnia notturna, con agitazione più o meno grave psico-motoria, fino allo stato maniaco e convulsivo.

Come si vede quindi una sindrome fondamentalmente diversa da quella su cui ho richiamato l'attenzione e nella quale manca ogni fenomeno d'irritazione psicomotoria ed il ritmo del sonno è quasi sempre normale. Se nella notte i pazienti, del tipo che io descrivo, stanno svegli è perchè spesso lo vogliono, per poter fare quei lavori che di giorno non riescirebbero a compiere.

Tale sindrome non ho trovato descritta altrove, almeno per quanto mi è stato dato di raccogliere di letteratura sui postumi dell'encefalite letargica; letteratura difficile a conoscere completamente, perchè è ancora sparsa sui giornali di tutti i paesi e si accresce continuamente.

La spiegazione patogenetica dei disturbi di inversione, che ho descritti, è forse impossibile colle nostre attuali cognizioni fisiopatologiche.

Se per l'inversione del sonno si può discutere la natura *psicotica* dei disturbi almeno nel maggior numero dei casi, ciò non è possibile fare per i sintomi, che io sono venuto descrivendo. Nè dall'esame dei miei malati ho potuto trarre alcun dato che deponesse per la natura *psicogena* dei disturbi medesimi.

Il Francioni a proposito dello stato irritativo dei suoi piccoli pazienti afflitti da agripnia notturna, giustamente richiama il dato di fatto che sovente, all'avvicinarsi del sonno, i bambini, anche in condizioni fisiologiche, divengono irritabili, piagnucolosi, agitati: ad una patologica esagerazione di queste condizioni potrebbe ravvicinarsi la sindrome intensa di agitazione psico-motoria della prima metà della notte negli agripnici postencefalitici.

Ma sull'intima natura del sonno noi non abbiamo che ipotesi. Io credo che debbano effettivamente esistere determinati meccanismi autoregolatori (centri nervosi?) che stabiliscono il ritmo di sonno e di veglia, con gli attributi a ciascuno di questi due stati inerenti, cioè nel sonno il rilasciamento e la quiete muscolare, la sospensione delle funzioni psichiche, ecc.; attributi che invece appartengono alla veglia. E ciò a prescindere dall'oscurità della notte, dalla stanchezza, dall'abitudine e simili fattori, che sono coadiuvanti o stimolanti. Va ricordato infatti che in tutte le classi esistono animali che vivono con ritmo naturalmente invertito, cioè dormono il giorno.

Un disturbo dei meccanismi ritmicamente regolatori delle funzioni vitali può dipendere o da alterazioni anatomiche di centri nervosi o da deviazioni nella formazione degli stimoli normali, i quali sono di probabile natura metabolica od anche infine dall'azione nociva di tossine presenti in maniera continua o discontinua; esso disturbo può portare all'inversione cronologica delle funzioni vegetative e psichiche, per effetto dell'alterato ritmo di successione degli stimoli dello stato di attività e di riposo, la quale successione forma una legge biologica generale.

Con siffatta ipotesi, che trova il fondamento nello stato attuale delle nostre conoscenze, potrebbe essere spiegata la patogenesi dei disturbi, di cui ci siamo venuti occupando.

Circa il decorso di questa sindrome, esso fu sempre assai lungo: anzi di un solo caso ho poi saputo che era ridiventato pressochè normale nel ritmo delle sue lese funzioni.

La prognosi dei disturbi non ha importanza propria, essendo legata allo stato fondamentale postencefalitico.

La terapia, come ho già dimostrato, è impotente a correggere la sindrome morbosa.

AUTORI CITATI.

BREMER. Presse médicale, 1920, pag. 429.
FINDLAY e SHISKIN. Glasgow med. Journ., 1921, pag. 18.
FRANCIONI. Policlinico, Sez. pratica, 1921, pagina 575.
HAPP e BLACKFAN. Journ. Amer. Med. Assoc., 1920, pag. 1337.
HOFSTADT. Münch. med. Woch., 1920, pag. 1400.
JANECKE. Deutsche med. Woch., 1920, pag. 1388.
MORLEY FLETCHER. Brit. Journ. Children's Diseas., 1921, pag. 69.
PFAUNDLER. Münch. med. Woch., 1920, pag. 885.
PROGULSKI e GRÖBEL. Münch. med. Woch., 1921, pag. 451.
REH. Rev. méd. Suisse rom., 1921, pag. 184.
ROASENDA. Policlinico, Sez. pratica, 1921, pagina 181.
RÜTIMEYER. Schweiz. med. Woch., 1921, pag. 7.
SABATINI. Policlinico, Sez. pratica, 1921, pagina 1506.
SALVETTI. Gazz. Osp. e Clin., 1920, pag. 908.
WALTER. Med. Klinik, 1921, pag. 245.
ZALLA. Riv. di pat. nerv. e ment., 1921, pagina 375.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE REGINA ELENA DI TRIESTE - VI DIVISIONE.
Dott. A. COFLER, primario.

Sopra due casi di anemia perniciosa. (1)

Dott. F. GREGO.

Dopo le numerose osservazioni e ricerche intese ad acquistare una più esatta conoscenza sull'eziologia e fisiopatologia dell'a. p. che valsero ad individualizzare il morbo nelle sue caratteristiche cliniche ematologiche ed anatomo-patologiche, le varie teorie sorte a spiegarne le cause ed il meccanismo patogenetico contribuirono pure a rendere malcerta la determinazione dei limiti entro i quali si doveva comprendere la definizione della malattia. Sopratutto potevano insorgere dubbi nei casi abbastanza frequenti in cui fosse venuto a mancare qualcuno dei segni caratteristici.

Al concetto puramente clinico del Biermer che per il primo descrisse i sintomi peculiari dell'a. p. con esattezza, dell'Addison che già qualche anno prima del Biermer stesso aveva differenziato delle forme di anemia gravi idiopatiche dalle altre forme di anemia semplice, dell'Eichorst che pure studiando le alterazioni del sangue e rivolgendo sopratutto la attenzione sui numerosi microciti che vi compaiono assegnava l'importanza precipua ai sintomi clinici e riconosceva come caratteristica la progressività del male con esito sempre letale, a questi concetti secondo i quali spesso venivano comprese nell'a. p. anemie gravi ma non specifiche segue poi il criterio d'Ehrlich che fissa nettamente le caratteristiche alterazioni del sangue, descrive i megalociti e le loro cellule progenitrici, i megaloblasti, differenzia l'a. p. da tutte le altre specie di anemie in base a criteri ematologici. Secondo l'Ehrlich l'a. p. è una malattia a sè bene differenziata, nella quale non si riesce a scoprire alcuna eziologia, quindi criptogenetica, caratterizzata da un'alterata funzionalità del midollo osseo il quale primitivamente senza causa apprezzabile comincia ad esplicare un'attività del tutto abnorme producendo e mandando nel torrente circolatorio eritrociti immaturi e meno resistenti insieme con forme nucleate, i megaloblasti, che normalmente compaiono solamente in certe fasi della vita embrionale; egli considerava cioè l'a. p. una malattia primitiva ed essenziale del midollo osseo.

---

(1) Comunicazione fatta all'Associazione medica triestina il 19 giugno 1922.

Türk e Nägeli pur mantenendo la distinzione tra a. p. e le altre anemie secondarie in base a criteri ematologici, si scostano dalle vedute d'Ehrlich in quanto ammettono una patogenesi differente, ossia un'azione tossica speciale che determina un'intensa distruzione globulare rivelata dalla grande quantità di urobilina nelle feci e nelle orine e dall'emosiderosi degli organi interni; Nägeli in più ammette la partecipazione del midollo osseo che reagirebbe non alla perdita dei globuli rossi ma alle tossine secondo un tipo di rigenerazione embrionale.

Grawitz nega l'esistenza dell'a. p. come morbo a sè e ritiene che tra anemie semplici e perniciosiformi intercorrano differenze solamente graduali, di quantità e non di qualità, e sostiene anzi che la forma criptogenetica è guaribile, asserzione questa che non è ammessa da nessun altro ematologo.

Frattanto accanto alla sindrome classica di Biermer-Ehrlich si venivano a conoscere forme di anemie con tutte le caratteristiche cliniche ed ematologiche della perniciosa riconducibili a cause note tossiche od infettive le più svariate. Così venne studiata l'a. p. da botriocefalo, nella quale Tallquist e Faust isolarono dalle proglottidi del verme un corpo lipoide cui vollero attribuire un'azione emolitica; Schaumann rilevava la frequente disposizione famigliare per l'a. p. in generale e per quella di botriocefalo in particolare ed ammetteva nell'insorgenza della malattia un fattore costituzionale individuale. E fino dalle prime osservazioni sull'a. p. s'erano descritte forme consecutive a lue, alla gravidanza ed al puerperio, così che per il nesso etiopatogenetico tra queste cause diverse e l'a. p. si crearono altrettante entità morbose e si parlò oltre che di a. p. criptogenetica, di a. p. gravidica, da lue, da botriocefalo.

Pappenheim invece insiste sul concetto di assegnare alla definizione a. p. un valore puro e semplice di sindrome ematologica affatto specifica, determinata da cause svariate; la forma criptogenetica per la mancanza di eziologia nota e per il suo complesso di sintomi clinici formerebbe un'individualità a sè, così che egli la denominerebbe più semplicemente malattia di Biermer. Contrariamente alle vedute accettate dalla maggior parte degli ematologhi (Ehrlich, Nägeli, Hirschfeld, Micheli, Ferrata) sulla patogenesi dell'a. p. che la riassumono nell'alterata funzione del midollo osseo, Pappenheim ammette come causa un agente tossico emodistruttore e ritiene che la comparsa dei megalociti e dei megaloblasti sia solamente espressione di una esagerata tendenza riparatrice del midollo osseo, tendenza essenzialmente simile ad altre anemie semplici.

Un punto di vista teorico del tutto differente viene sostenuto da Eppinger, il quale include l'a. p. nel gruppo delle anemie emolitiche e la denomina anzi anemia perniciosa emolitica. Eppinger si raffigura il processo patogenetico come un aumento dell'emolisi che già fisiologicamente avviene nella milza ed è esaltata ed esagerata nell'a. p. da un momento causale non definito, che potrebbe però consistere secondo una sua ipotesi in alterazioni vasali nella milza. Queste alterazioni, illustrate nella sua opera (*Die Hepato-lienalen Erkrankungen*), colpiscono sopratutto l'elastica e l'intima delle arteriole che si dipartono dalle arterie trabecolari e si estendono fino alle penicillari.

All'emolisi, secondo questo autore, può un midollo osseo normale rispondere con una produzione compensatrice di globuli rossi ed immetterne in circolo quanti bastano per mantenere l'equilibrio; trattandosi invece di un sistema ematopoietico labile, costituzionalmente inferiore, la compensazione non avviene, quindi la grave forma di anemia. Secondo questa teoria il punto di riscontro principale della malattia non è più il midollo osseo e nemmeno gli elementi del sangue circolante, bensì la milza che è causa e sede nello stesso tempo della successione morbosa. Su questa base teorica Eppinger consiglia la splenectomia come terapia dell'a. p., sopratutto nei casi in cui si constata un notevole ingrossamento della milza accanto a forte dissoluzione di eritrociti rivelate da un aumento di pigmento nella bile e da grandi quantità di stercobilina. Non sembra però che la statistica dei casi splenectomizzati confermi il valore terapeutico dell'intervento, anzi dai più viene senz'altro sconsigliato.

Quello che rimane assodato in mezzo a tanti concetti teorici talvolta perfino opposti si è che svariate cause possono produrre forme di anemia tipicamente perniciosiformi, simili per le alterazioni del sangue e sindrome clinica, differenti però per il decorso e per la prognosi.

Avendo avuto occasione di osservare due casi giunti quasi contemporaneamente nella nostra divisione, ritengo non priva d'interesse la loro descrizione per il divario che presentano nel loro decorso ed esito come nella loro insorgenza, pur mantenendo in un dato periodo una grande affinità di sintomi clinici ed ematologici.

CASO I. — Antonia W., d'anni 62, di Trieste, entra in divisione il 22 aprile 1922.

Dati anamnestici: soffrì le comuni malattie dell'infanzia; a 30 anni ebbe broncopolmonite. Le mestruazioni sono iniziate all'età di 16 anni, sono state sempre irregolari, talvolta con periodi di amenorrea. Menopausa a 40 anni. Ebbe sei figli, di cui uno solo vivente; ebbe un aborto. Il marito è morto di tbc. polmonare. Da un anno la paziente avverte pallore intenso, astenia progressiva, affanno e spesso al mattino edemi agli arti inferiori.

Dati obiettivi: donna di costituzione normale, in stato di nutrizione discreto, sopratutto messo a confronto con l'estremo grado di pallore che tende ad una gradazione giallastra del colore di cera vecchia. La lingua è liscia, umida e molto pallida. Si riscontrano fatti catarrali alle basi dei polmoni. Su tutta l'area cardiaca, di grandezza normale, si percepisce un soffio sistolico dolce e prolungato; accentuato il 2° tono alla base. L'addome è meteoristico, non si palpa il fegato, la milza è palpabile all'arcata costale soltanto nelle ispirazioni profonde. La pressione arteriosa: Riva-Rocci 155. L'esame delle urine dimostra lievi quantità di albume, senza cilindri nel sedimento, urobilina nettamente positiva. All'esame delle feci non si riscontrano uova di elminti. L'esame funzionale dello stomaco rivela anacloridria completa (con *deficit* di HCl = 33) A.T. = 16; presente acido lattico. All'esame radioscopico praticato il 4 maggio si osserva uno stomaco atonico senza altri particolari che sarebbero difficilmente rilevabili date le cattive condizioni generali dell'ammalata che non le permettono di stare ritta. L'esame del fondo oculare rivela delle larghe emorragie retiniche in ambo gli occhi. Reaz. W. + +.

Il primo esame del sangue praticato il giorno 28 aprile dava i seguenti risultati: emoglobina 38; g. rossi 1.500.000; valore glob. 1.26; g. bianchi 4.600. Formula leucocitaria: P. neutrofili 64 %; linfociti 30 %; monociti 4 %; eosinofili 0.5 %; mielociti 1.5 %. Poichilocitosi; anisocitosi con rilevante numero di microciti e megalociti alcuni dei quali ipercromici; parecchi eritrociti policromatofili, alcuni basofili. Qualche normoblasto (nella proporzione del 3 % rispetto ai g. bianchi) e qualche tipico megaloblasto (nella proporzione di 1 %). Scarse piastrine. La prova della resistenza globulare verso soluzioni ipotoniche di NaCl; resistenza minima 0.40, massima 0.30.

Il decorso della malattia segna un peggioramento continuo e progressivo. S'inizia una serie di iniezioni endovenose di Neosalvarsan a piccole dosi che poi, date le condizioni sempre più misere dell'ammalata, si sospendono.

Un secondo esame del sangue viene fatto il 18 maggio: Hb 28; g. rossi 1.020.000; g. bianchi 4.700; v. glob. 1.4. P. neutrofili 72 %; linfociti 24.5 %; monociti 2 %; eosinofili 1.5 %. Si osserva sempre la rilevante poichilocitosi ed anisocitosi, la policromatofilia, la trombopenia. Su 300 leucociti contati un normoblasto ed un megaloblasto.

Le condizioni dell'ammalata peggiorano sempre più; l'astenia ed il pallore sono estremi. Il giorno 29 maggio *exitus*. Il giorno 30 maggio viene fatta la necroscopia nell'Istituto di patologia dell'Ospedale. Devo alla cortesia del prosettore dott. Ferrari e del dott. Lang i seguenti dati anatomo-patologici ed istologici:

Corpo di media statura, scheletricamente regolare, di pallore intenso accompagnato da un particolare colorito giallognolo. Sulla faccia interna della dura madre nella metà destra numerose ecchimosi delle quali alcune confluenti; meningi ed encefalo lucenti pallidi ed edematosi. Ventricoli un po' dilatati con aumento di liquor chiaro; non emorragie capillari nella sostanza bianca e grigia. Pleura sinistra aderente; polmoni chiari succulenti, dai quali fuoriesce liquido sieroso aereato; lobi inferiori ipostatici. Nella parte posteriore dell'epicardio alcuni punti ecchimotici. Volume del cuore normale, miocardio flaccido e pallido; valvole indenni, aorta liscia. Solo i muscoli papillari del ventricolo sinistro hanno l'aspetto tigrato per forte degenerazione grassa. Milza un po' ingrandita, molle, con polpa di color rosso vivo, spappolabile. Fegato un po' diminuito di volume di colorito diffusamente giallo, con periepate liscio; l'organo è molle ed alla superficie di taglio si nota il centro degli acini giallo, in qualche punto l'aspetto giallo è diffuso.

Reni molli con capsula discretamente bene svolgibile, con superficie esterna in qualche punto finemente granulosa, di colorito giallo pallido, più evidente alla superficie di taglio e nel rene sinistro. Grasso retroperitoneale e del pannicolo abbondante. Pareti gastriche atrofiche. Mucosa gastrica senza l'evidente aspetto areolare normale, di colorito grigiopallido. Midollo osseo del femore di colore rosso intenso lucido simile a gelatina di lampone, verso l'epifisi distale di colore giallo. Midollo osseo dello sterno e dei corpi delle vertebre rosso.

Reperti istologici: nel polmone niente di caratteristico. Nella milza (colorazione emallume-eosina) si nota considerevole iperemia della polpa per infiltrazione diffusa ed omogenea di globuli rossi, più marcata in qualche punto vicino ai vasi, i quali mostrano le pareti ingrossate sopratutto a carico della tunica media. In generale spicca una mancata evidenza dell'apparato linfoide ed i follicoli appaiono rari e rimpiccioliti. Con la colorazione dello Schneider (ferrocianuro di K ed allume carminio) si nota rilevante deposito di pigmento ferrico (emosiderina). Il fegato ha mantenuto la sua struttura acinosa pressochè normale; i lobuli sono distinti e le travate epatiche normali. Leggero aumento del tessuto connettivale. I vasi sclerotici con le stesse alterazioni notate nella milza ed inoltre in qualche punto un po' dilatati; i vasi biliari normali. Notevole deposito di pigmento ferrico inter- ed intracellulare più accentuato verso il centro dei lobuli che alla periferia.

Dal tratto rosso del midollo osseo ho allestito dei preparati per striscio colorati col Giemsa: si nota una grande quantità di globuli rossi di differente grandezza dei quali gran parte tipici megalociti. I normoblasti ed i megaloblasti sono in numero rilevante, alcuni con protoplasma ortocromatico, altri con protoplasma basofilo, il nucleo ora relativamente grande ora picnotico. Gli elementi del-

la serie bianca appaiono pure in quantità molto considerevole, in certi punti predominano i mielociti con le granulazioni evidenti, in certi altri si osservano in gran copia delle cellule linfoidi con protoplasma basofilo senza granulazioni ed il nucleo con un reticolo cromatinico finissimo con due e talvolta tre nucleoli, cellule identificabili con gli emocitoblasti di Ferrata o i linfoidociti del Pappenheim.

CASO II. — Maria C., d'anni 29, da Pinguente.

Dati anamnestici: Non ricorda malattia nell'infanzia. Le mestruazioni sono iniziate alla età di 16 anni, regolari. Ebbe quattro parti normali ed un aborto. Nel 1919 soffrì di broncopolmonite influenzale. In quel periodo ebbe pure una metrorragia. Entra nel nostro reparto il giorno 2 maggio trasferita dalla Maternità dove tre giorni prima partorì a termine un bambino normale che è morto dopo otto giorni. Dalla seconda metà della gravidanza la paziente cominciò ad avvertire dei disturbi generali che andarono man mano aumentando, cefalee, ronzii agli orecchi, edemi agli arti ed alla faccia, pallore ed estrema debolezza, per cui alla fine dell'ottavo mese di gravidanza essa fu costretta a mettersi a letto. Da allora ha tosse e catarro, temperatura febbrile; sono scomparsi però gli edemi. Pochi giorni prima di partorire venne ricoverata nel reparto Maternità. Parto, perdite sanguigne, lochiazioni normali.

Dati obiettivi: paziente di costituzione normale, deperita. Non veri edemi, ma una certa succulenza della cute, sopratutto al viso, all'addome ed alle coscie. Intenso pallore delle mucose visibili e della cute che dimostra la caratteristica nuance giallastra. Micropoliadenia. Ai polmoni focolai bronco-pneumonici al lobo medio ed inferiore destro. Area cardiaca di grandezza normale; soffio sistolico di carattere inorganico alla punta. Polso frequente, ritmico, molle. L'addome con pareti molto floscie; fegato ingrandito e leggermente dolente alla palpazione. L'utero arriva a tre dita sotto l'ombelico. Nulla a carico del sistema nervoso.

Esame delle urine: albume presente (Esbach 3/4 ‰); cilindri ialini nel sedimento, urobilina presente.

L'esame funzionale dello stomaco dimostra notevole ipocloridria (HCl = 8), ipoacidità (A.T. = 24). All'esame del fondo oculare si notano emorragie retiniche in tutti due gli occhi. La reazione Wassermann negativa.

Il primo esame del sangue fu fatto il giorno seguente al parto, quando la paziente si trovava ancora nel reparto Maternità, e dava i seguenti risultati:

Hb. 30; g. rossi 1.225.000; valore glob. 1.2; g. bianchi 7.200. Formula leucocitaria: P. neutrofili 47 %; linfociti 48 %; monociti 1 %; eosinofili 4 %. Si rileva poichilocitosi, notevole anisocitosi con microciti e macrociti ipercromici, policromatofilia, scarso numero di piastrine. Su 200 leucociti si contano 4 normoblasti, due megaloblasti, un mielocito, un eritrocito con corpuscolo di Jolly. Il saggio della resistenza globulare verso soluzioni ipotoniche di cloruro sodico: 0.54-0.40. Decorso: i fatti catarrali a carico del polmone destro vanno rapidamente scomparendo, dopo qualche giorno la paziente è apiretica. S'inizia una terapia arsenicale, e s'osserva nelle condizioni generali un miglioramento che da prima lento va sempre più rendendosi manifesto e progressivo. Va scomparendo il pallore giallastro della cute e subentra sulla faccia una lieve colorazione rosea diffusa. Il giorno 30 maggio la paziente viene dimessa a richiesta in uno stato abbastanza soddisfacente.

Un secondo esame del sangue praticato il 27 maggio dava questi risultati: Hb. 45; g. rossi 2.320.000; g. bianchi 6.600; v. gl. 1. P. neutrofili 39 %; linfociti 58 %; monociti 2 %; eosinofili 1 %.

Ancora notevole anisocitosi senza caratteristici megalociti, anisocromemia, leggera poichilocitosi, piastrine in quantità normale. Non si trovano eritroblasti, non g. rossi policromatofili. Colla colorazione vitale (soluzione alcoolica tionina e bleu di metilene) pochi eritrociti con sostanza granulo-filamentosa di Cesaris-Demel.

Una prima osservazione che si presta si è che in tutti due casi si trattava di donne. Sin dalle prime osservazioni sull'a. p. fu notato com'essa insorge di preferenza nelle donne e come una larga percentuale di casi sieno forme gravidiche; ed uno dei nostri due è appunto riferibile a gravidanza.

Da quanto si rileva dalle due storie cliniche, la diagnosi di a. p. era ovvia. La sindrome clinica presentava delle caratteristiche comuni a tutte due le ammalate, gli stessi segni rivelatori di una grave malattia anemizzante, il colorito speciale della cute, l'achilia gastrica, le emorragie retiniche, in più forse una certa disposizione costituzionale espressa da turbe nella sfera sessuale (ritardo nell'inizio delle mestruazioni). Da un punto di vista clinico le due sindromi non possono non essere riavvicinate, ed il parallelismo si rende più evidente con il caratteristico reperto ematologico: la rilevante oligocitemia con indice superiore ad 1, la leucopenia con linfocitosi relativa, la scarsa piastrinosi, la comparsa dei megalociti e megaloblasti, tutta una somma di alterazioni del sangue che sono sufficienti a stabilire che si tratta di un quadro perniciosiforme, anche se non proprio di una classica malattia di Biermer.

Per una delle due pazienti l'autopsia confermò la diagnosi. Il reperto anatomo-patologico si può riassumere in questi termini: anemia e degenerazione grassa di quasi tutti gli organi viscerali, segni d'esagerata ed anormale funzionalità del midollo osseo d'uno speciale colorito rosso, intensa distruzione globulare rivelata dall'emosiderosi nel fegato e nella milza.

Per il secondo caso, quello dell'anemia gravidica, potevano anche sorgere dubbi e la

diagnosi prestare il fianco alla critica. Infatti su di un segno presentato da quest'ammalata si deve rivolgere l'attenzione, sulla diminuzione della resistenza globulare che se non proprio patognomonico come vogliono gli autori francesi della scuola di Chauffard, è tuttavia caratteristico d'un'altra malattia: dell'ittero emolitico. All'incontro tutti gli autori concordano nell'ammettere nell'a. p. una resistenza globulare generalmente normale, talvolta anzi piuttosto aumentata. Questo caratteristico aumento della resistenza glob. (pachidermia) sarebbe insieme con l'ipercromia, secondo Türk e Nägeli, una proprietà specifica dei megalociti, mentre secondo Pappenheim sarebbe un fatto degenerativo causato dall'azione tossica sugli eritrociti. Ora nella nostra ammalata si riscontrava invece una diminuita resistenza globulare: l'emolisi s'iniziava alla concentrazione 0.54, era totale a 0.40.

Sono descritti ed esistono certamente casi di a. p. che presentano questo segno di fragilità globulare rivelato dalla diminuita resistenza, è una possibilità facilmente ammessa da molti, mentre i francesi ed Eppinger l'ammetterebbero più difficilmente. Ad ogni modo il dubbio che nel nostro caso si potesse trattare d'un ittero emolitico sarebbe stato giustificato, se molti altri segni non avessero parlato contro una tale diagnosi. Anzitutto mancava l'ittero; l'ammalata presentava un colorito tendente al giallastro, ma non era affatto itterica, la sua caratteristica era il forte pallore. Non solamente, ma da minuziosa indagine anamnestica si poteva escludere che essa per il passato avesse nemmeno avuto qualche *poussée* itterica, nè risultava che qualcuno della sua famiglia fosse mai stato itterico. È vero che negli ultimi tempi le ricerche sistematiche su membri d'intere famiglie (Ceconi) che portarono ad una maggior conoscenza del tipo famigliare o congenito dell'ittero emolitico (tipo Minkowsky-Chauffard) dimostrarono parecchi casi in cui l'itterizia mancava; c'era però sempre qualcuno dei famigliari che o era itterico o lo era stato per il passato. Ed in più nella forma congenita dell'ittero emolitico non si riscontrano mai delle gravi manifestazioni morbose, sono pazienti che non avvertono soggettivamente alcunchè di grave, stanno relativamente bene e le stesse loro esacerbazioni non assumono mai una speciale gravità. Chauffard usava questa espressione: sono più itterici che ammalati. Se possiamo escludere nel nostro caso il tipo congenito di ittero emolitico rimane da esaminare l'eventualità della forma acquisita (tipo Hayem-Widal); e si può senz'altro escludere quella secondaria a cause tossiche come da cloralio, chinino, piombo, ecc., od infettive come lue, tubercolosi, o da agenti fisici come ipertermie, freddo, elettricità, perchè nessuna di queste cause è intervenuta nella nostra paziente. D'altro canto, quando esiste il tipo di ittero acquisito primitivo abbiamo o una leggera tinta itterica della cute o si riscontra uno di quei caratteristici accessi dolorosi nella regione epatica che per la loro somiglianza con accessi di colelitiasi vengono denominati pseudo coliche biliari. Ad ogni modo mancava nella nostra ammalata un sintomo peculiare degli itteri emolitici, la splenomegalia, che può essere di maggiore o minore entità, ma non manca mai in questi, anzi è solitamente ragguardevole. Ceconi, che non vorrebbe ammessa una distinzione netta tra il tipo congenito e l'acquisito dell'ittero emolitico, tenta di unificarli in un unico gruppo insieme con la «splenomegalia emolitica» del Banti, venendo così a rilevare l'importanza del tumore di milza nel quadro dell'ittero emolitico. Nella nostra ammalata invece la milza era di grandezza normale, e questo fatto è comune nell'a. p. dove se c'è ingrandimento della milza esso è solamente modico.

L'ingrandimento del fegato riscontrato nella paziente è sintomo comune a tutte due le malattie e non ha valore nella diagnosi differenziale; mentre abbiamo una serie di sintomi clinici, come le emorragie retiniche e l'achilia gastrica che difficilmente sono riscontrabili nell'ittero emolitico. Le alterazioni del sangue poi, se anche si possono dare itteri emolitici con quadri perniciosiformi, sono patognomonici per l'a. p., sopratutto per i segni di diminuita leucopoiesi espressi nella linfocitosi relativa con leucopenia e per la scarsa piastrinosi, che nell'ittero emolitico non appaiono mai.

Se all'uniformità di sintomi clinici ed ematologici presentati dai nostri due casi in un primo periodo di osservazione poniamo in riscontro il decorso ed i fattori remoti e prossimi, costituzionali e tossici che presumibilmente sono legati all'insorgenza delle due forme morbose, il divario è evidente. In una delle pazienti la malattia insorge colla gravidanza. Le osservazioni di a. p. da gravidanza e da puerperio sono numerose e risalgono alle prime pubblicazioni sul morbo di Biermer. Fu constatato anche una particolare preferenza nella distribuzione geografica, per cui certe regioni, come quelle di Torino, Parma e Zurigo contavano una maggior frequenza di a. p. gravidiche. Da alcuni si è voluto fare

della forma gravidica un'entità nosologica a sè, concetto combattuto da altri. Prescindendo da ogni considerazione teorica su questo punto, è certo che nel nostro caso la malattia dipende dalla gravidanza perchè durante questa essa insorge e dopo il parto, ossia col cessare di quelle condizioni per cui si formano ed agiscono le supposte tossine specifiche, tutto il decorso segna un miglioramento progressivo delle condizioni della paziente, controllabile con i reperti del sangue. Potrebbe trattarsi solamente di un periodo di remissione di maggiore o minore durata seguito poi da una recidiva, come spesso si osserva nell'a. p. progressiva, nè sarebbe opportuno azzardare una prognosi. Però l'esperienza d'altri casi insegna che una prognosi favorevole non sarebbe qui ingiustificata. Naegeli, Hayem, Türk, Sandoz, Micheli e Signorelli hanno avuto occasione di seguire per anni sotto il controllo dell'esame del sangue casi di a. p. gravidica guariti senza che fosse comparsa alcuna recidiva.

Nella prima paziente invece, quella venuta a morte, ci sfugge una qualunque causa prossima ed efficiente del manifestarsi del processo morboso. Una causa lontana la troveremmo in una presunta lue: la R. W. era positiva, la paziente ebbe pure una volta un aborto. Che la sifilide sia pure una delle cause dell'a. p. è opinione generalmente accettata. Nella maggior parte di osservazioni, delle quali le prime risalgono a Müller, si tratta di pazienti nella cui anamnesi remota viene affermata un'infezione luetica, oppure di casi con esito letale nei quali l'autopsia rivelava qualche alterazione specifica. Però giustamente osserva Nägeli, il rapporto causale tra l'una e l'altra malattia in questi casi è dubbio, data sopratutto la grandissima diffusione della sifilide per cui la coincidenza potrebbe essere fortuita. Un unico caso riportato da quest'ultimo autore potrebbe avere un valore probativo: si trattava di un giovane affetto da lue terziaria con una sindrome clinica ed ematologica perfetta dell'a. p., guarito dopo una cura antiluetica senza che si siano presentate recidive. Si potrebbe però assegnare nella nostra ammalata un valore eziologico alla presunta infezione sifilitica? Che questa ci sia stata è probabile, ma anzitutto non è certo nè il reperto autoptico ha rivelato alcun segno anatomico riferibile ad essa.

Ed ammettendo pure l'infezione pregressa, difficilmente potremmo ammettere uno stretto nesso causale tra questa e la grave anemia insorta dopo tanti anni; non solamente, ma valendoci del criterio «ex iuvantibus», vediamo un decorso della malattia assolutamente ribelle alla cura antiluetica, mentre nel caso ricordato di Nägeli si trattava di un'a. p. in un individuo con una sifilide florida suscettibile alla terapia specifica e poi guarito in seguito a questa definitivamente. È vero che ci sono malattie delle quali una volta non si sospettava nemmeno la natura luetica che insorgono a distanza di molti anni dopo la infezione primitiva ed è vero che non esiste si può dire organo o sistema sicuramente immune dal *virus luetico*. Si potrebbe così ammettere l'insorgenza di un'a. p. metaluetica, ma è chiaro che prima di tutto così entriamo nel campo delle ipotesi e che d'altro canto se ogni tabe ed ogni paralisi progressiva sono sicuramente causate da sifilide nella maggior parte di anemie perniciose questa non è mai esistita. Ritornando al nostro caso, così si potrebbe spiegare il meccanismo patogenetico: una donna con una speciale disposizione costituzionale rivelata da un'alterata funzionalità nella sfera sessuale, nella quale forse un'infezione luetica sopraggiunta determina una diminuzione dei poteri naturali di difesa dell'organismo, dispone di un sistema ematopoietico potenzialmente inferiore alla norma. Per l'azione di quel fattore sconosciuto tossico od infettivo, agente sul sangue o sul midollo osseo o su tutti e due i sistemi coordinatamente avviene una disfunzione specifica nella produzione del sangue, quindi una sindrome che nelle sue caratteristiche cliniche ed ematologiche e per la mancanza di un fattore eziologico noto riproduce esattamente il tipo dell'anemia di Biermer-Ehrlich.

Su di un particolare ancora del reperto anatomo-patologico va richiamata l'attenzione. Alcune ossa, come quelle delle costole e delle vertebre, avevano un midollo di colore intensamente rosso, segno di aumentata attività eritropoietica; il midollo osseo del femore nell'ultimo tratto della diafisi e nell'epifisi distale era di colore giallo per abbondante contenuto in grasso, mentre nel resto era caratteristicamente rosso. Rappresentava il tratto giallo una parte di midollo non ancora alterato dalla malattia, funzionante normalmente accanto all'altro tratto già specificamente alterato, oppure era esso il segno di uno stadio patologico più avanzato insorto dopo una specie di stanchezza dell'energia reattiva midollare di fronte all'azione degli agenti tossici? S'iniziava in quel punto quel processo più grave che è la forma aplastica dell'a. p.? Questa è stata descritta per la prima

volta da Ehrlich in un caso di anemia grave con esito letale, nel quale in vita mancava completamente ogni segno di rigenerazione da parte del sistema ematopoietico, dunque accanto ad estrema leucopenia mancanza di g. rossi nucleati, ed all'autopsia si riscontrò un midollo osseo giallo invece del rosso caratteristico delle gravi anemie. Nella nostra ammalata abbiamo osservato in un secondo esame del sangue una notevole riduzione di eritroblasti mentre i segni dell'anemia erano più imponenti; si poteva perciò pensare ad un rilassamento dell attività midollare, ad una forma aplastica iniziale il cui substrato anatomico sarebbe appunto il tratto giallo del midollo osseo.

Risulta dall'esposizione di questi due casi da un canto che talvolta la diagnosi di a. p. può incontrare difficoltà per la grande somiglianza di sintomi con altri stadi anemici di natura emolitica ma essenzialmente differenti dall'a. p., che d'altro canto l'individualità nosologica di questa non è ancora nettamente fissata sopratutto in rapporto ai suoi fattori causali. Ed è forse giusto il criterio del Ferrata che prescinde dal fattore eziologico, « perchè non si parla più oggi di a. p. come unità nosologica, essendo ora sostituita da un gruppo di emopatie gravi a tipo pernicioso, identiche nelle sindromi essenziali cliniche ematologiche ed anatomo-patologiche, diverse nel loro fattore eziologico, guaribili o no, siano ad eziologia nota o criptogenetiche ». Sicuramente si può affermare che la forma classica criptogenetica ha un decorso sempre progressivo ed [illegible] letale, mentre quelle forme dipendenti da cause note o tossiche od infettive sono, se non sempre, spesso suscettibili di guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

BIFFIS. Policlinico, Sez. medica, anno XXVI, 1919.
BRUGSCH und PAPPENHEIM DA KRAUS und BRUGSCH. Spezielle Pathologie und therapie innerer Kranankheiten, VIII Bd., 1920.
CECONI. Policlinico, Sez. med., anno XXVI, 1919.
EPPINGER und RANZI. Die hepato-lienalen Erkrankungen, Berlin, 1920.
FAGIUOLI. Policlinico, Sez. med., anno XXVII, 1920.
FERRATA. Haematologica, vol. I, fasc. I.
ID. *Le emopatie*, vol. I, 1918.
HERZOG. Deutsches Archiv für Klin. Medizin, 1919.
MICHELI. Folia medica, 1916.
NÄGELI. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, Leipzig, 1919.
SIGNORELLI. Riforma medica, anno XXVI, n. 28.

NOTE E CONTRIBUTI.

R.R. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO IN MILANO
ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO
Direttore: prof. G. FASOLI.

Contributo allo studio delle alterazioni endorali in gravidanza e puerperio.

Dott. GIAN BATTISTA POLETTI.

Lo studio della patologia endorale ha assunto in questi ultimi tempi un più preciso indirizzo scientifico, inteso alla ricerca di un legame che colleghi le varie alterazioni riscontrabili.

È nella bocca che a noi spesso è dato prevedere alcune manifestazioni di malattie generali e di arrestarne gli effetti più terribili. D'altra parte la cavità orale per speciali condizioni d'ambiente esercita un'influenza sullo sviluppo e sulla produzione di queste malattie. E' sotto questo duplice aspetto che la questione presenta grande interesse, per cui un gran numero di malattie generali ed alcune manifestazioni patologiche della bocca riconoscono le stesse cause e lo stesso meccanismo.

Ma ciò che ancora è quasi inesplorato ed oscuro è il rapporto di diverse manifestazioni orali che noi spesso osserviamo nella gravida e nella puerpera; rapporto che forma l'oggetto di questo breve studio.

Vediamo anzitutto alcune brevi nozioni generali anatomiche e fisiologiche dell'ambiente orale. La mucosa orale non è uguale in tutta la sua estensione, ma differenziata in ispecial modo a livello delle gengive e della lingua. Le gengive per la loro costituzione fibro-mucosa, per i loro stretti rapporti con i denti ed i processi alveolari, presentano un aspetto ed una funzione così particolari, che alcuni autori, non hanno esitato, a farne coi denti, una distinta regione: la regione gengivo-dentale. Presentano il pregio di essere più resistenti ai traumatismi e ad alcune infezioni, per la loro struttura, per la loro densità, per l'assenza di glandole; ma hanno anche il difetto di subire, per la loro immobilità quegli sfregamenti a cui sfuggono le mobili mucose delle guancie, delle labbra, della lingua. Il punto più debole della cosidetta regione gengivale, è là ove questa prende rapporto col dente e con l'alveolo, in quanto viene a formare un solco, ricettacolo permanente per gli elementi infettivi della bocca che possono annidarvisi.

La *mucosa linguale* solidamente fissata ai sottostanti tessuti per il suo resistente derma, ha di notevole la molteplicità delle sue papille

in avanti del V linguale, ed un epitelio continuamente rinnovellantesi, il cui spessore va diminuendo verso l'apice dell'organo. Questo epitelio assume un aspetto caratteristico in alcune malattie.

Il *mezzo boccale* risulta essenzialmente costituito dalla saliva e da microrganismi passeggeri e costanti della cavità orale, ivi pervenuti per mezzo dell'aria, degli alimenti solidi e liquidi, talvolta di ritorno da regioni od organi distanti dove si erano primitivamente annidati. Le variazioni qualitative e quantitative della saliva sono ben diverse a seconda di alcune malattie; la secchezza e l'umidità della bocca non è indifferente alla produzione di lesioni della mucosa e all'infezione della bocca in genere.

Sanarelli e Muller assegnano alla saliva proprietà bactericida mentre Hugenschmidt le riconosce delle proprietà chemiotattiche, che si riassumono nel fatto che mescolata nella bocca ai prodotti solubili dei bacteri in essa contenuti, la saliva provoca una intensa diapedesi alla superficie della piaga che essa bagna, così frequenti nella bocca. Per un'alterazione qualunque della reazione salivare, questa proprietà chemiotattica cessa d'agire e la mucosa buccale si trova disarmata davanti ai microrganismi che possono disporre di tutta la loro virulenza.

Viste così rapidamente le normali condizioni dell'ambiente orale, affrontiamo senz'altro lo studio delle alterazioni orali nella donna gravida e nella puerpera, per vedere in un secondo tempo come la vita genitale della donna, influisca su queste alterazioni, la cui patogenesi permane ancora quanto mai oscura e contraddittoria.

***

Che delle modificazioni notevoli avvengono durante il periodo mestruale e gravidico anche a carico della bocca è indubitato, e ad ammetterlo basterebbe il fatto considerato dai patologici come un assioma, che non v'è funzione dell'organismo che non possa subire una variazione dalla norma, durante gli accennati due periodi. Ma dove appare il disaccordo tra gli osservatori e dove notasi in pari tempo la deficienza di osservazioni, è nella specificazione e valutazione dei fatti morbosi. Vere osservazioni cliniche sui disturbi orali in gravidanza non si hanno che verso la metà del Secolo XIX per opera specialmente di Pinard di Delestre, Sauvez il quale nei suoi ultimi studi in proposito sostiene che nei periodi di attività uterina si possa osservare qualsiasi forma di malattia orale. Le opinioni sulla esistenza di alterazioni endorali proprie della gravidanza, hanno subito attraverso i tempi e gli studiosi notevoli modificazioni. Questi disturbi studiati un po' confusamente per il passato, oggi per l'influenza delle scienze esatte sulla medicina, stanno rischiarandosi di novella luce. Noi riteniamo con alcuni autori che si sono interessati della questione (Bellinzona) che le più comuni manifestazioni endorali della gravida e della puerpera siano le seguenti:

1) Esagerata attività funzionale delle ghiandole salivari.

2) Congestione e tumefazione delle gengive, seguite da rammollimento.

3) Parestesie della mucosa. Alterazione del gusto e delle diverse sensibilità.

4) Odontalgie *idiopatiche*.

5) Facile insorgenza della carie.

6) Riacutizzazione di processi morbosi cronici, sia a carico dei tessuti molli che del periostio e delle ossa.

Rare altre manifestazioni descritte da alcuni autori (Rosenstein) ai processi morbosi segnalati ne aggiunge un altro di sua osservazione: un tumore di struttura papillare risultante di connettivo e di epitelio: un fibro-epitelioma papillare e che credette dimostrare collegato con una gravidanza in atto.

Lo *ptialismo* non è frequente, ma quando esiste in gravidanza, ne accompagna tutto il periodo, in modo continuo od intermittente (dopo ai pasti od eccitazione nervosa) talvolta così intenso da provocare la nausea.

Trillat della clinica di Baudelocque, in «Annali dei Laboratorii Clin.», 3-922, riferisce un caso di intenso ptialismo gravidico in una primipara da lui per questo curata con adrenalina. In essa constatava al mattino, appena svegliata, un rigurgito di liquido acido, spumoso, che riconobbe per saliva. La salivazione arrivò ad un massimo di 1100 grammi giornalieri.

Sono più frequenti ad osservarsi casi di *gengivo-stomatiti*, specie nei primi mesi di gravidanza ed in bocche tenute con poca cura. La maggior parte degli autori, ravvisa in esse il quadro clinico di un comune stato catarrale della bocca, soltanto Arhovy e Birò distinguono una gengivite dismenorroica. Ma queste gengiviti, fa osservare Rosenstein, si notarono in corrispondenza di denti coperti di tartaro e più di frequente negli incisivi. Per cui egli ritiene dubbia l'esistenza di gengiviti e stomatiti assolutamente gravidiche essendo per lui dubbio come l'etiologia della gengivite ipertrofica (frequente in gravidanza) così la correlazione di essa con la gravidanza.

Oury al Congresso di Liegi del 1910, parlò di una speciale gengivite della gravida, contro la quale bisogna combattere la stessa lotta di quella contro la stomatite mercuriale, specialmente con una buona igiene boccale, praticata già dall'inizio della gravidanza, per prevenire infezioni. Cruet in risposta a Oury ritiene che la gravidanza sia uno stato fisiologico che possa solo aggravare una gengivite resistente o ritardarne la guarigione. Ma ammise nel contempo che la gravidanza possa produrre nell'organismo degli effetti sconosciuti o s'accompagni ad altri stati patologici (albuminuria). E parlò di una gengivite gravidica « toxiseptique ». Infatti noi sappiamo che le stomatiti in genere, così comuni nella patologia boccale, non sono sostenute o caratterizzate da una specie microbica unica, ma bensì da una vera associazione di saprofiti, per cui possono diventare il punto di partenza di infezioni generali. Sotto il nome generico di stomatite, si comprendono svariate cause morbigene, ciascuna delle quali è capace di cambiare un terreno inopportuno allo sviluppo della flora boccale, in un altro adatto. Sotto speciali influenze alcune varietà di microorganismi, di solito innocui, possono diventare nocivi; come microbi solitamente dannosi, possono divenire affatto indifferenti per effetto di speciali immunità acquistate dall'individuo (Scheiber, Miller).

Le *parestesie* della mucosa orale in gravidanza si sono riscontrate in donne predisposte alle psicosi. Ad esse appartengono certe sensazioni subbiettive nervose, di secchezza in bocca, senso della sete (polidipsia), di impatinamento, di bruciore; sensazioni dipendenti in parte da affezioni boccali, in parte a base puramente nervosa. Le alterazioni del gusto si manifestano frequentemente ed in modo costantemente pervertito. In alcuni soggetti isterici si arriva alla completa abolizione del gusto (ageusia).

Le *odontalgie* in genere sono assai frequenti in gravidanza, tanto che volgarmente sono ritenute un sintomo dello stato gravidico. Ma non sono queste le forme che a noi più interessano e che spesso sono sostenute da qualche piccola carie preesistente, poco accessibile all'esame e resa sensibile in questo periodo, sia per effetto dell'alterato circolo, sia per l'eccitazione nervosa in generale. Noi dobbiamo invece studiare le cosidette *odontalgie idiopatiche*. Non è difficile il sentire donne gravide lamentarsi di dolore ai denti, senza che noi possiamo trovarne ivi una causa plausibile nè con la percussione, nè con indagini radiografiche od elettriche. Si demoliscono otturazioni, si devitalizzano denti per il sospetto più lieve, si arriva sino all'estrazione, nel dubbio o per invito della paziente, ma senza arrivare ad alcun risultato. E non ci resta che il vago diagnostico di nevralgia, poco soddisfacente per il medico e per la paziente. Tauzer credette trovarne la causa in un afflusso di sangue arterioso alla polpa, maggiore del deflusso venoso: conseguenza di questa pressione endopulpare, sarebbe una compressione nervosa e pertanto la nevralgia. Il Lévy di Strasburgo in un recentissimo lavoro comparso in « Odontologie » porta un caso di sua osservazione, che a mio vedere, meglio spiega questa sindrome di non facile interpretazione. Si trattava di una donna in ottavo mese di gravidanza, paziente di intensi dolori irradiantisi a tutto il mascellare superiore e alla mandibola, specialmente dal lato destro. I denti erano sanissimi, tranne due, portanti due piccole orificazioni fatte dallo stesso Lévy molti anni addietro. L'esame di tutta la cavità orale e del seno mascellare, nullo. Nullo l'esame di un otorinolaringoiatra. Unica constatazione un punto più doloroso in corrispondenza del foro sotto orbitario. Furono vani tutti i medicamenti del caso Dopo alcuni giorni di osservazione, egli vide piccole ecchimosi sulla sclerotica dell'occhio destro della paziente. Essa gli narrava che lo stesso mattino gli era sembrato di avere un velo giallo davanti agli occhi. Lévy ritenne senz'altro trattarsi di albuminuria gravidica. L'esame delle urine confortò la diagnosi. Contenevano una forte dose d'albumina. L'ostetrico che la curava da quindici giorni, nonostante i più scrupolosi esami, non aveva potuto riscontrare albuminuria, il cui primo sintomo fu l'odontalgia. Dopo alcuni giorni da questi scoppia una violenta eclampsia da cui la paziente fu salvata con l'interruzione della gravidanza. Scomparve allora insieme agli accessi eclamptici, anche la nevralgia che mai l'aveva sino allora lasciata; non presentò da allora alcuna altra alterazione endorale. Analizzando il caso sorge il pensiero che tra i prodromi dell'albuminuria e dell'eclampsia, possa figurare l'odontalgia oltre le cefalgie e le nevralgie occipitali ricordate dagli ostetrici come sintomi di queste malattie. È pertanto naturale l'ammettere che i veleni eclamptici che rendono eccitabile tutto il sistema nervoso, siano anche la causa di disturbi dentali, che invano cercheremo altrimenti di spiegare.

La *carie dentale* è la lesione più importante e più discussa in gravidanza, ritenendola alcuni a questa intimamente collegata, altri invece negando a questo stato della donna al-

cuna importanza su quella. Ma un fatto indiscusso è questo, che in gravidanza la carie è l'affezione endorale più facile e costante nei primi mesi, con riacutizzazioni a gravidanza a termine. Secondo i lavori di Hirtch e di Perrier la sostanza calcare del dente diminuisce in gravidanza. Questi AA. hanno constatato che il fluoruro di calcio in denti di gravida è ridotto al 0.58 %, mentre il dente normale ne contiene dall'1.35 % all'1.57 %. La madre ha bisogno di sali di calcio in primo luogo per l'organismo fetale, in secondo per aumentare la quantità di sali di calcio nel proprio sangue per accrescerne la coagulabilità, necessaria per eventuali emorragie. Pertanto i sali di calcio sono prelevati ovunque si trovano dall'organismo materno: prima nelle ossa, poi anche nei denti. Non è pertanto inverosimile riscontrare, per questa decalcificazione, anche un'alterata colorazione nei denti, che ritorna alla norma a gravidanza terminata. Come non è inverosimile che la carie trovi in questi denti un «locus minoris resistentiae».

In alcune pazienti è dato riscontrare la *riacutizzazione di processi morbosi cronici*, per eccessivo accumulo di tartaro, gengiviti fungose, fistole gengivali, radici infette, cisti radicolari, osteiti croniche; il tutto accompagnato da uno stato cachettico grave; possono svilupparsi e propagarsi numerose colonie di microrganismi (stretto-stafilococchi, piogeni) dando luogo a forme morbose più gravi quali periodontite acuta, ascessi alveolari, palatini e sottoperiostali, sinusiti; o quali complicanze tardive: iperplasie, esostosi alveolari, periostiti, fistole sotto mascellari, flemmone, erisipela.

Ho detto sopra come Rosenstein abbia descritto nella *Deutsche Monat. für Zahn.* un interessante caso di tumore del mascellare, operato da Partsch in una primipara con esito in guarigione definitiva. Al reperto microscopico vide trattarsi di un tumore di struttura papillare, costituito da connettivo ed epitelio: un fibro-epitelioma papillare di natura certamente benigna, per l'assenza di cario-cinesi e per la mancanza di recidiva dopo 15 mesi. Detto tumore andava rapidamente crescendo con l'avanzarsi della gravidanza. Ciò nonostante, molti autori criticarono l'asserita colleganza di questa neoplasia allo stato gravidico sostenuta dal Rosenstein e dallo stesso chirurgo Partsch.

Vaghe sono le teorie sinora enunciate a spiegare l'etiologia delle alterazioni endorali in genere e della carie in special modo nella donna gravida e nella puerpera. Due sembrano a mio parere le più salde. Anche Sauvez ritiene (come sopra si è detto) che le manifestazioni orali della gravida siano dovute ad un generale disturbo circolatorio per effetto dell'aumento della massa sanguigna che si constata sopravvenire in tali periodi. A sostegno di questa teoria, sta il fatto indiscutibile che durante le attività uterine la circolazione sanguigna subisce uno squilibrio, causa di diverse manifesazioni morbose (congestione passiva di vari visceri, cefalee violenti, cardiopalmo, algie articolari, emorragie). Ciò posto non è difficile accettare l'ipotesi che il disturbo circolatorio porti i suoi effetti di scompenso anche nell'apparato boccale, sia determinando uno stato di iperemia delle mucose, sia anche ridestando un'azione infiammatoria acuta, là dove esistevano pulpiti o periodontiti subacute o croniche, d'origine dentale.

L'altra teoria validamente appoggiata da forti argomenti è quella che ritiene i detti fatti morbosi come una *manifestazione di origine nervosa*. Essa è assai logica quando vuol dimostrare che la diversa secrezione delle ghiandole salivari è dovuta non ad un fattore meccanico (celerità della corrente sanguigna, ampiezza dei vasi) ma ad un eccitamento della ricca rete nervosa che abbraccia lo struma delle ghiandole parotidi, sotto-mascellari, sotto-linguali. Ciò risponde anche alle esperienze di Miller e di Ludwig che studiò nel 1851 i nervi secretori, e per cui si esclude la pressione sanguigna quale causa della secrezione ghiandolare. Con questa teoria si possono spiegare le odontalgie pure o da carie come un fatto riflesso: e cioè la eccitazione del sistema nervoso che determina delle algie nel «locus minoris resistentiae»; algie che non sussisterebbero normalmente mancandovi il corrispondente grado di lesione. Essa spiega pure le iperestesie della mucosa boccale e delle alterazioni del gusto e delle sensibilità specifiche.

Alla già accennata decalcificazione dentale in gravidanza, sostenuta anche dal grande stomatologo francese Calippe, da pochi giorni perduto, Blanch ha dato poca importanza. Ha invece dimostrato che la densità dei denti non diminuisce durante la gravidanza: egli infatti ritiene che i denti della gestante non soffrono una diminuzione di calce, trovandosi nel cibo tanti fosfati da essere sufficienti alla madre e al feto.

Altri vogliono vedere la causa principale della carie, nell'*alterata composizione salivare*, e fra questi: Magitot, Kirk, Terrier, Houpert, Blanch. E mentre alcuni hanno osservata acida la reazione salivare in gravidanza e ritenuta dannosa, altri negano questa reazione e quest'effetto, affermando anzi che se la rea-

zione fosse acida sarebbe benefica. Magitot credeva che questa acidità fosse in rapporto a disordini della digestione; Kirk ha trovato in tutti i casi di carie in gravidanza la presenza di un carbo-idrato che risponde alla prova di Van-Iaksch per il glicogeno. Secondo questo la causa della carie dentale è dunque la medesima di quella che la produce in tutti gli altri casi, vale a dire tutta la serie dei microrganismi orali. Solo qui la saliva, sempre secondo Kirk, ha una composizione chimica adatta a favorire lo sviluppo dei microrganismi orali e a produrre delle soluzioni di continuo sulla superficie dei denti, tanto che questi vengono dai microrganismi facilmente penetrati.

Perazzi in «Gynaecologica» (IV-1912) ha pubblicato una serie di importanti osservazioni, per vedere se era possibile dimostrare una alterazione della composizione chimica e della attività del fermento amilolitico nella saliva gravidica. Dal confronto di numerosi ed attenti esami fra donne sane, gravide e puerpere, emerse la costante reazione alcalina e la presenza di potere amilolitico, per quanto leggermente diminuito. Lo stesso Perazzi rileva nel suo nitido lavoro che in casi di scialorrea gravidica perniciosa, si ebbe sempre reazione alcalina, potere amilolitico diminuito nel periodo acuto, ma che andò aumentando, col diminuire della secrezione. Esperienze di controllo a quelle di Perazzi, fatte dal Brugnatelli, arrivarono alle medesime conclusioni. Dugnani in una dissertazione di diploma all'Istituto Stomatologico Italiano (1921) ha provato che le ossidazioni salivari sono nella gravida inferiori alla norma, il che starebbe ad indicare un'alterazione nel metabolismo organico in relazione ad auto-tossine circolanti. Il Brugnatelli in «Etiologia della carie dentale» ritiene che neppure la ipersecrezione salivare durante il periodo di attività uterina implichi gravi alterazioni nella sua costituzione, da giustificare tante accuse. D'altra parte giustamente osserva Bellinzona, che, pure ammettendo come causa questa alterazione salivare, non sicuramente e costantemente provata, questa saliva dovrebbe agire sui denti sia qualitativamente che quantitativamente. Nei riguardi della quantità noi abbiamo visto l'incostanza dello ptialismo; sappiamo la saliva ricca d'acqua e povera di costituenti fissi (per cui non può esercitare alcuna azione meccanica sul tessuto dentale). Se si considera anche che essa non ristagna a lungo nella cavità orale per gl'incessanti movimenti di deglutizione si può arguire che nello sviluppo della carie, la saliva quantitativamente ha poca o nessuna influenza. L'analisi di Hammerbacher di mille parti di saliva mista normale dà il seguente risultato H^2O 994,2. Sostanze fisse 5,8. Epiteli e mucose 2,2. Ptialina e albumina 1,4. Sali inorganici 2,2. Solfocianuro di potassio 0,14.

Da ciò si rileva che la proporzione delle sostanze solide è minima in linea ordinaria. Ora dai sostenitori che la saliva gravidica, sia causa di carie, si ammette che nei periodi di attività uterina avvenga un'alterazione qualitativa della saliva anche della sua reazione che diventa acida, perchè, dicono, in tale periodo il sangue è ricco di acido carbonico e di altri principi acidi che passerebbero per trasudazione nella saliva. Ma questo passaggio è stato sicuramente dimostrato impossibile dalle esperienze di Müller, Ludwig, Bernard, Heidenhain. Esistendo una iperattività di queste ghiandole in gravidanza si ha un concomitante consumo d'O e una corrispondente produzione di acido carbonico. Ecco come questo si trova nella saliva e non per trasudazione dal sangue circolante. Ma quale influenza ha l'acido carbonico della saliva nello sviluppo della carie? Innanzi tutto la produzione di questo acido è minimo. Sheef junior esaminando denti cariati, non trovò che traccie di acido carbonico. Ma pur ammettendone un aumento in gravidanza, la sua azione non può essere così violenta da produrre in poche settimane una rilevante distruzione di sostanza a carico dello smalto, la cui cuticola è resistentissima agli agenti chimici. Pareri discordi esistono pure nella già accennata teoria, che in gravidanza avverrebbe una demineralizzazione dello scheletro in generale e dei denti in particolare. La questione sarebbe risolta, se potessimo conoscere se, e quanto, la struttura dei denti venga danneggiata dell'osteo-malacia. Perchè stabilito questo rapporto nulla ci impedirebbe di supporre, seguendo lo stesso principio, che al depauperamento di sali di calcio nelle ossa, corrisponda un'analoga decalcificazione dei tessuti dentali. Ma mentre alcuni ritengono immuni i denti da qualunque alterazione nella osteomalacia (Duplay) altri invece (Meslag, Amoedo, Ferrier) ammettono che l'osteo-malacia colpisca gli organi dentali come le altre parti del tessuto osseo (rammollimento ecc.). Statistiche dimostrano che la maggiore suscettibilità della donna a questo processo distruttivo giunge ad un massimo nel periodo della pubertà, raggiunto il quale si nota una sosta. Questo periodo di immunità viene facilmente interrotto del sopravvenire della gravidanza e dell'allattamento. Non è ancora bene dimo-

strato che la gravidanza e il puerperio debbano necessariamente provocare il risorgere di una suscettibilità che sembrava spenta da tempo, per la ragione che nessun elemento sicuro di giudizio emerge dai numerosi esami, tanto nelle secrezioni salivari, che degli organi dentali. Dall'esame delle diverse teorie considerate, arriviamo a delle conclusioni non concordi; che pur tuttavia non si escludono, ma hanno alcuni punti di contatto. Tutte concordano nell'ammettere, senza sufficientemente dimostrare, che nei periodi di massima attività uterina la donna non possegga più una normale capacità di resistenza organica.

Vaga conclusione che noi cercheremo di rischiarare, ritenendo fin d'ora ben fissi due elementi nel campo patogenetico delle alterazioni orali della donna mestruante, gravida e puerpera:

1) La tossiemia gravidica di origine ovulare.

2) L'alterata funzione qualitativa e quantitativa delle ghiandole a secrezione interna in gravidanza.

Le mestruazioni creano quelle malattie cosidette dello sviluppo, delle quali è prototipo la clorosi e ad ogni periodo mestruale la donna si trova in uno stato speciale, paragonabile, fatte le debite proporzioni, a quello gravidico. Con il flusso mensile e l'impianto dell'ovo fecondato possono dar luogo in diversa misura alle stesse alterazioni dello stato fisiologico normale. Non è raro riscontrare in casi di giovinette amenorroiche una spiccata tumefazione gengivale, con discrete emorragie, che alcuni (Mayrhofer) (Jena 1922) arrivano a ritenere vicarianti. Lo stesso A. riferisce d'aver ottenuto alcune guarigioni di tali forme con mezzi favorenti il mestruo (semicupi, senapate, irrigazioni vaginali, ecc.). Talvolta è una odontalgia il sintomo premonitore della mestruazione; altre volte sono interessati altri rami del trigemino. Non difficile allora l'emicrania. Nella donna mestruante e gravidica si riscontra facilmente anche un'iperestesia della dentina.

La tossiemia gravidica d'origine ovulare è un fatto ormai indiscusso. Anche in condizioni normali, non la sola cavità orale, ma anche le prime vie respiratorie e specie la laringe si presentano influenzate talmente dalla gravidanza che Lasagna studiando i rapporti fra tubercolosi laringea e gravidanza, arriva alla conclusione di interrompere in tali casi la gravidanza, provocando l'aborto. D'altra parte sono ormai note le ricerche di indole biologica, che hanno dimostrato nel sangue materno la presenza di prodotti o reazioni provocate dalla penetrazione nell'organismo di tossine d'origine ovulare; ricerche che Bar. Eballe distinguono a seconda che esse cercano di mettere in evidenza le variazioni di certe proprietà biologiche generali del siero, modificabile in gravidanza, oppure mirano a rilevare certe reazioni date come specifiche (Abderhalden) e provocate dall'albumina placentare che si comporterebbe verso la madre, come un'albumina estranea, o da fermenti nati dalla albumina placentare.

Al XVI Congresso Internazionale di Medicina (Budapest 1910), Gley e Charrin poterono comprovare che queste tossine d'origine ovulare paralizzano i centri dilatatori, mentre altre facilitano il rilasciamento dei capillari. Ora è assioma che restringere o dilatare i capillari, vuol dire cambiare profondamente la nutrizione dei tessuti. I denti in prima linea possono risentire queste perturbazioni nutritive, per cui la carie, una fra le più gravi e comuni alterazioni endo-orali, da attribuirsi in gran parte all'azione dell'acido lattico e dei microrganismi orali, riconosce però tra le principali cause determinanti (Talbot) anche l'atrofia, la degerazione e le altre alterazioni patologiche che possono venire in iscena per l'effetto delle tossine. A questa conclusione arrivano anche gli studi di Gourdon sulla tossiemia gravidica.

L'altro elemento, che rischiarato da prime ma ben vivide luci, sembra sostenere la parte più importante nella patogenesi di queste alterazioni, consiste nell'alterata funzione qualitativa e quantitativa delle ghiandole a secrezione interna in gravidanza.

Il prof. Pende, della Clinica di Messina, da me in proposito interpellato, ebbe a scrivermi: «Questo tema è quanto mai vergine e promettente di risultati nuovi ed interessanti. Ch'io sappia nessuno ha preso a studiare sistematicamente le alterazioni orali d'origine endocrina in gravidanza e puerperio». Nella donna l'influenza delle ghiandole a secrezione interna è abbastanza manifesta in tutti gli stati della vita genitale. Noi vediamo come nel momento della pubertà il timo e l'ipofisi hanno un'influenza di primo ordine. Si sa che negli animali giovani la timectomia dà luogo ad un normale precoce sviluppo sessuale, mentre una malattia del lobo posteriore della pituitaria è causa, nelle bambine, di ritardo o di arresto dello sviluppo dei caratteri sessuali; è perciò evidente che l'ipofisi assicura il normale sviluppo delle ovaie e che il timo fino al momento normale della sua scomparsa esercita un'azione inibitrice sulla ghiandola pituitaria. Questa continua la sua

azione per tutto il periodo in cui la donna è mestruata, e perciò sotto questo punto di vista, può essere considerata come una vera glandole sessuale. Un'influenza delle glandole endocrine nei disturbi orali della gravida è molto complessa. Allo stato attuale si presta allo studio di una serie di problemi non risoluti. Il Pende non mette in alcun dubbio che tali alterazioni orali possono esistere, se si considera la grande influenza che le glandole endocrine esercitano sul trofismo dentale e come tali glandole possono andare spesso incontro a disfunzione per la gravidanza e il puerperio. D'altra parte noi sappiamo come alcune malattie infettive, hanno una costante, diremo così affinità morbosa con alcune ghiandole a secrezione interna: così il testicolo e l'ovaio nella parotite epidemica, le surrenali nella difterite e nel tifo.

Ferrata in «Contributo allo studio delle ghiandole endocrine nel decorso della tubercolosi sperimentale sulla cavia» (*Folia Medica*, 3-922), ha ritrovato che le cavie stiroidate dimostrano una diminuita resistenza alla infezione tubercolare, però vivono più dei controlli. Nella vita genitale della donna si osservano talvolta fenomeni di ipotiroidismo, di ipoparatiroidismo, di ipopituitarismo. Mentre normalmente è il contrario che dovrebbe verificarsi. Ed ecco come l'insufficienza gravidica o puerperale di una e dell'altra delle tre ghiandole (tiroide, paratiroide, lobo posteriore della pituitaria) che più sappiamo legate al trofismo dei denti e del margine alveolare, può spiegare i fenomeni di deficit di tale trofismo, che si rilevano con le alterazioni dei denti e delle loro cavità ossee in gravidanza e in puerperio.

È un fatto bene stabilito che il metabolismo dei sali di calcio è governato principalmente dalla tiroide e secondariamente da altre ghiandole endocrine. Ewan Waller di Birmingham ha studiato e definiti i rapporti della calcificazione dei denti dei bambini con la funzione tiroidea.

L'alcalinità della saliva dipende in parte dai sali di calcio. È da vedere come un alterato equilibrio endocrino possa produrre la carie dentale per alterato metabolismo del calcio, specialmente nei bambini influenzati dalla tiroide e dal timo più che gli adulti ed i vecchi.

In difetto di calcio, gli acidi da decomposizione di cibi, non sono neutralizzati, per cui la dentina ne soffre. Essendo la saliva delle glandole sotto-mascellari più ricca di calcio che non quella delle altre ghiandole salivari, se la tiroide non funziona a sufficienza, i molari risentono in modo speciale della mancata azione immunizzante del calcio e facilmente si perdono. Gli incisivi inferiori sono di solito più resistenti di quelli superiori, essendo bagnati costantemente dalla saliva. È caratteristico secondo Kaplan come la donna con tiroide ipofunzionante per ripetute gravidanze, perda invariabilmente gli incisivi superiori. Lo stesso A. indica tali denti col nome di «denti tiroidali» distinti per la sottigliezza dei margini, per la loro trasparenza e per il colorito bianco grigiastro. Come la disfunzione tiroidea abbia influenza sulle alterazioni endorali in genere, riferisce in questi giorni anche Scerini in «Riforma Stomatologica». Egli illustra accurate ricerche da lui fatte sul cranio e sulla dentatura di alcuni cretini. In dieci casi osservati, vide un prognatismo di ambedue i mascellari, spesso una dentizione molto rallentata, anomala la posizione dei denti.

Alcuni ritengono che le alterazioni dei denti incisivi in gravidanza siano sotto la dipendenza della pituitaria; si è anche riscontrato in tali casi un rilassamento del periodonto e del colletto gengivale, così che le radici non sono più fermamente assicurate. Kaplan ha studiato i rapporti delle ghiandole sessuali (ovaio, testicolo) con le alterazioni dentali: ha osservato come nella ipofunzione di queste ghiandole, l'apparato dentario mostri i segni ben marcati dell'alterato trofismo. Ritiene che specialmente ne risentano gli incisivi superiori laterali ed in rapporto, diremo così, incrociato; egli ha visto verificarsi tali fatti, fra gli incisivi superiori laterali destri e l'ovaia ed il testicolo sinistro e viceversa.

Ora io ritengo che i punti principali che inquadrano la questione assai delicata e che possono condurre a conclusioni verosimili e concrete, consistano nell'indagare se le più predisposte a tali alterazioni dentarie, siano le donne iperovariche; se le gravide e le puerpere che presentano alterazioni orali offrano altri sintomi di disfunzione tiroidea; se l'opoterapia con queste tre ghiandole (tiroide, paratiroide, pituitaria) agisca beneficamente.

Presso l'Istituto Stomatologico ho osservato un caso di mixedema post-operatorio. Il caso interessantissimo non posso illustrarlo che dei seguenti particolari, perchè la paziente mancò (e non mi fu possibile rintracciarla), ad un appuntamento per la storia clinica. Essa mi riferiva in un primo momento, sommariamente, che dopo l'operazione del gozzo, ebbe due gravidanze normali, a termine, ma che in tali periodi la sua bocca era il suo calvario. Moleste odontalgie ed emorragie gengivali, diminuzione della volontà e della intelligenza nella prima di queste gravidanze; ca-

rie dei due incisivi centrali (ch'io constatai) nella seconda, in cui si aggravarono i sintomi di astenia generale e per cui da uno specialista le fu consigliata la tiroidina atossica di Coronedi. Presentava sintomi di cretinismo.

Un altro caso pure caratteristico ho osservato in questi ultimi giorni nella sala di Odontoiatria conservativa dell'Istituto Stomatologico Italiano, in cui la paziente è in cura.

F. Evangelina, d'anni 30, massaia. Gentilizio muto. Non malattia di sorta che una polmonite lobare a 15 anni. Sofferse di carie del $\frac{|4}{|}$ che vedo otturato in amalgama. È sposata da un anno ad individuo sano. È in sesto mese di gravidanza. L'esame orale dà il seguente quadro: Intensa stomatite catarrale, carie multiple iniziatesi in gravidanza, che per brevità indico così:

$$\frac{2 - 6 - 7|2 - 4}{6|5}$$

Un altro caso ancora è il seguente:

V. Carolina, di anni 29, telefonista, da Milano. Gentilizio negativo, negativi i fatti ereditari. Nata a termine da parto normale ebbe allattamento materno. Nessuna malattia degna di nota, che i comuni esantemi dell'infanzia. Non ebbe mai carie dentale. Sposata a 20 anni ebbe a 21 una gravidanza normale: solo già dai primi mesi ebbe però a notare allora, facili emorragie gengivali, mentre si puliva la bocca, ed una lieve e continua dolenzia. In quarto mese ebbe una carie degli incisivi centrali superiori. In settimo una carie media del settimo di sinistra inferiore con pulpite acuta. Il dente fu devitalizzato ed otturato in amalgama. Mi riferisce che dopo il puerperio, osservando i suoi denti in uno specchio, scorse due piccoli punti neri in corrispondenza della faccia vestibolare dei $\frac{|}{6|6}$. È ora nel quinto mese della seconda gravidanza e i due $\frac{|}{6|6}$ sono in preda a carie media. Presenta una discreta salivazione che aumenta al mattino oltre la norma; ed una gengivite ipertrofica grave. In questa paziente ho iniziato da un mese la somministrazione di Endocrinoli tiroidei in cachets e iniezioni di pituitrina o post-pituitrina iniettabile dell'Istituto Terapeutico Romano, nelle dosi di un ccm. pro die alternato, ad un cachet di estratto tiroideo. Ho riscontrato per il momento la scomparsa della salivazione anormale e diminuito il fatto infiammatorio gengivale. Ho dovuto devitalizzare i due $\frac{|}{6|6}$ in preda a violenta pulpite acuta. Continuo la cura opoterapica e vitaminica del cui risultato sarà oggetto altra mia nota.

Da questa casistica fatti confortanti risultano a conferma dei miei asserti. Il mixedema post-operatorio nel primo caso fu la causa principale dei disturbi endorali peggiorati da sopravvenute gravidanze. Nell'altro caso la paziente ebbe una dentatura perfetta sino al matrimonio. Nessun disturbo endorale sinò al concepimento. Questo avvenuto, si inizia una carie multipla, seguita da pulpite e gengivite imponente. La carie dei $\frac{|}{6|6}$ fattasi cronica nel puerperio della prima gravidanza, riprende un andamento acuto nella seconda e porta alla devitalizzazione di entrambi i denti per sopravvenuta pulpite. La cura opoterapica dà, dopo un solo mese, risultati discreti, se non assoluti e definitivi.

A conclusione di queste indagini possiamo affermare:

1) che la gravidanza determina sempre un aggravamento di lesioni endorali ad essa preesistenti;

2) che essa è causa probabile e determinante di alterazioni endorali (gengiviti, carie, odontalgie);

3) che la patogenesi di questi disturbi è principalmente sostenuta dalla tossiemia gravidica d'origine ovulare e dalla disfunzione di alcune ghiandole a secrezione interna (tiroide, paratiroide, post-pituitaria);

4) che l'opoterapia è un mezzo profilattico e curativo di queste alterazioni, degno di nota.

Milano, giugno 1922.

BIBLIOGRAFIA.

BELLINZONA. *Influenza dell'attività uterina nelle varie manifestazioni orali*. Torino, 1902.

BRUGNATELLI. *Etiologia della carie dentale*. Milano, 1913.

ROSENSTEIN. *Malattia degli organi boccali in gravidanza*. Deut. Monatschrift für Zahnh., 1913.

Atti del XVI Congrès International de Médecine. Budapest, 1910. Section XVI, Stomatologie.

TELLIER. *Des lésions des dents et de la muqueuse gengivale dans les divers diathèses*. Congrès dentaire. Lyon, 1898.

D. M. KAPLAN. *An endocrine interpretation of the dental apparatus*. Endocrinolog., febbraio 1917.

KING. The American Journal of Obstetrics and Ginecology, 1921.

MAYRHOFER. *Lehrbuch der Zahnkrankheiten*. Jena, 1922.

FERRATA. Folia Medica, marzo 1922.

A. LÉVY. Odontologie, 30 maggio 1922.

G. SCERVINI. La Riforma Stomatologica, 1922.

RIVENDICAZIONI

Sindrome di Gradenigo e canale di Dorello.

Noi siamo di solito troppo indifferenti e apatici difensori del nostro patrimonio colturale e lasciamo che gli stranieri ignorino o misconoscano tutto o gran parte del contributo che gli italiani hanno dato alle scienze biologiche e mediche. È quindi fonte di legittimo orgoglio vedere riconosciuto all'estero il merito degli scienziati italiani. Così abbiamo letto con compiacimento come in un lavoro sulle sostanze anticoagulanti Camus e Gley riportino in forma lusinghiera che la prima dimostrazione del formarsi di un *anticorpo* nel plasma sanguigno derivi dagli studi del fisiologo Giulio Fano. « À cet égard Giulio Fano a été un précurseur. En montrant que le sang des animaux peptonisés (chiens) traité par l'eau ou par l'anhydride carbonique, se coagule et par conséquent qu'il contient tous les éléments necessaires à la formation du caillot, et d'autre part et plus encore, en montrant que le plasma sanguin ou la lymphe du chien peptonisé empèche *in vitro* la coagulation du sang du lapin, animal réfractaire, comme on le sait, à l'action de la peptone, G. Fano établissait deux faits très importants pour l'ensemble de nos connaissance sur le mode d'action des substances anticoagulantes... ».

È così poco frequente vedere ricordati e posti in giusto valore dagli stranieri i lavori italiani, che non possiamo fare a meno di rallegrarci ancora che il nome di due altri connazionali venga all'estero legato a una speciale e importante forma morbosa: intendo parlare della paralisi dell'abducente che si associa in peculiare sindrome complessa — nota come *sindrome di Gradenigo* — alle flogosi purulente dell'orecchio medio.

Sebbene molto studiata, era riuscita oscura e discussa l'etiologia della forma e specialmente le condizioni della sua patogenesi. A illustrarle venne in soccorso l'anatomia. Primo Dorello — del quale abbiamo anche di recente ammirato le originali ricerche sull'articolazione della mandibola — gettò nuova luce varii anni or sono sugli intimi rapporti che il seno petroso inferiore contrae col nervo abducente in corrispondenza dell'apice della rocca, ove ambedue gli organi passano in uno stretto canale osteo-fibroso (1); egli sostenne che in questo punto il nervo può subire una compressione per la distensione del seno. Recentemente questi fatti sono stati confermati e queste idee sono state pienamente accettate dagli americani, i quali hanno dato il nome di *canale di Dorello* al canale osteo-fibroso così esattamente descritto dal nostro collega. Perciò il nome di due Italiani rimane ora indissolubilmente e gloriosamente legato a questa speciale forma morbosa di dominio dell'otologia. G. BILANCIONI.

(1) DORELLO. *Considerazioni sopra la causa della paralisi transitoria dell'abducente nelle flogosi dell'orecchio medio.* (Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, Anno III, 1905, 209).

IDEM. *Flogosi dell'orecchio medio e paralisi dell'abducente.* (Idem, Anno VI, 1908, 269).

VAIL H. H. *Anatomical Studies of Dorello's canal.* (The Laryngoscope, vol. XXXII, n. 8, 1922).

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulla patologia dell'ipertensione.

(E. MOSCHCOWITZ, *Journal A. M. A.*, 7 ottobre 1922)

Non sempre le lesioni coordinate ad una data condizione morbosa ne sono la causa: potrebbero anche esserne l'effetto. Tale è forse il caso delle lesioni ordinariamente poste a base dell'ipertensione, nefrite cronica, arteriosclerosi, le quali possono sussistere senza ipertensione, o con ipertensione lieve, mentre questa condizione può riscontrarsi all'infuori di quelle lesioni, costituendo la cosidetta ipertensione essenziale, identica alla presclerosi di Huchard, alla iperpiesi di Allbutt. In questa condizione morbosa possono presentarsi più tardi albuminuria, nicturia, ipertrofia del ventricolo sinistro, ispessimento e tortuosità dei vasi superficiali e retinici, insufficienza renale, morte.

Le alterazioni anatomiche nell'ipertensione confermano la veduta che l'ipertensione è causa e non effetto delle modificazioni vasali. L'ispessimento dei vasi è più notevole dove la pressione si fa maggiormente sentire, cioè alle biforcazioni arteriose, all'istmo dell'aorta, quando è congenitamente ristretto, nei vasi che mancano di supposto muscolare (arteria basilare, temporali, ecc.). Così in un arto paralizzato l'arteriosclerosi è meno marcata, mentre l'ispessimento dell'endocardio dell'orecchietta sinistra è notevole nella stenosi mitralica. La sclerosi della polmonare si osserva soltanto nell'ipertensione del piccolo circolo (enfisema polmonare, stenosi mitralica, ecc.). Esempi di sclerosi artificiale si hanno negli animali mediante lunga compressione di un tratto di arteria, o tenendoli a lungo in posizione capovolta (Carrel); un fatto della stessa natura è

l'arterializzazione delle vene innestate sulle arterie.

Nelle vene la sclerosi è rara, salvo che sopportino forti pressioni (varico).

Una estesa arteriosclerosi è rara negli ipotonici (tubercolosi, donne).

Il meccanismo dell'ispessimento della parete arteriosa è essenzialmente compensatorio, almeno in principio: l'avventizia si arricchisce di fibre elastiche, la media s'ipertrofizza, e l'intima s'ispessisce: vengono poi fatti degenerativi.

L'A. ha studiato lo stabilirsi dell'ipertensione nei nefritici acuti: in quelli che guarirono le iniziate alterazioni vasali (ispessimento, tortuosità) regredirono più lentamente dell'ipertensione.

È noto che l'arteriosclerosi può colpire i grossi tronchi, come anche i rami terminali, anche all'infuori di ogni lesione renale.

È legittima l'ipotesi che tutte le lesioni del rene grinzo dipendano da alterazioni vascolari. Sono reperti costanti le alterazioni dei vasi retti, l'ispessimento dell'epitelio glomerulare, la fibrosi, ialinizzazione, e talora calcificazione dei vasi glomerulari.

La degenerazione dei tubuli è consecutiva alla deficiente funzione e irrorazione. Tali reni non sono molto ridotti di volume e appaiono rossi, per la congestione venosa. Se il paziente vive a lungo, la progressione delle lesioni porta al cosidetto rene grinzo secondario, nel quale la senescenza di tutti i prodotti patologici raggiunge il massimo, una vera cicatrice.

Delle infiammazioni croniche del rene solo la nefrite cronitca interstiziale si accompagna a ipertensione.

Nell'ipertensione probabilmente la sclerosi sorge contemporaneamente in tutte le parti del sistema vascolare, arterie e capillari. La sclerosi capillare si può dimostrare con la capillaroscopia; essa si manifesta clinicamente sopratutto con le lesioni renali. Secondo le vedute dell'A. la fibrosa arteriocapillare di Gull e Sutton è una conseguenza dell'ipertensione, e si può identificare con la prima fase dell'arteriosclerosi. Le lesioni del fondo oculare nell'ipertensione di lunga durata e nella fibrosi arteriocapillare sono identiche.

Le lesioni polmonari nell'ipertensione del piccolo circolo, si possono riportare secondo l'A. e quelle di una fibrosi arteriocapillare. La fibrosi arterio-capillare si associa d'ordinario ai casi (rari) di ipoplasia del sistema vasale: ciò confermerebbe che l'ipertensione è il fattore primitivo. Alcuni hanno osservato che l'arteriosclerosi e la nefrite possono occasionalmente seguire ad ogni forma di aumento congenito dalle resistenze periferiche (es: restringimento dell'istmo aortico).

Le cause dell'ipertensione sono sconosciute.

I sostenitori dell'origine renale primitiva citano gli effetti della nefrite scarlattinosa sulla pressione sanguigna. Ma secondo l'A. le nefriti scarlattinose molto spesso guariscono senza lasciare postumi. Vero è che non si ha una perfetta *restitutio ad integrum* anatomica, ma devono rimanere piccole alterazioni cicatriziali, onde il rene è predisposto a nuove infiammazioni: il che è differente dell'affermare che la scarlattina è diretta causa di una nefrite cronica.

Duyvis osservò trenta soggetti che sedici anni prima avevano avuto una nefrite scarlattinosa: essi stavano bene, e solo alcuni avevano tracce di albumina nelle urine.

L'A. non sa se l'ipertensione primitiva conduce sempre alla fibrosi arterio-capillare; fenomeni cardiorenali ne ha osservati talora dopo un anno, talora solo dopo parecchi anni, e ciò specialmente nell'ipertensione da menopausa, spesso associata a basedowismo, e a deficienza del sistema autonomo.

DORIA.

CHIRURGIA.

Un caso di tumore della glandola carotidea.

(DESCARPENTRIES. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 28 fevrier 1922, n. 7, pag. 245).

L'Autore riferisce un'osservazione di Descarpentries. La prima osservazione francese di tumore della glandola carotidea fu di Reclus e Chevassu nel 1903, cui seguì Moustin nel 1916. Molti più numerosi furono i casi pubblicati in America, in Italia ed in Germania, i quali tutti, con il caso di Descarpentries, sommano sinoggi a 71, salvo qualche omissione bibliografica.

Nel caso di Descarpentries trattasi di una donna di trentotto anni, che si ricoverò in ospedale con la diagnosi di adenite del collo. Condizioni generali buone. Sul lato sinistro del collo all'altezza e lateralmente all'osso ioide tumefazione della grandezza di una mela piccola, accresciutasi lentamente da dieci anni; è indolente. Niente che possa far pensare ad un aneurisma. La lentezza di evoluzione, la mobilità sulla pelle e i piani profondi, la superficie liscia della tumefazione fanno escludere la diagnosi di linfosarcoma, d'adenite neoplasica secondaria, di branchioma maligno. La posizione e troppo elevata per pensare ad un gozzo, troppo bassa per credere a un tumore

della glandola sottomascellare. Si propende quindi per la diagnosi di adenite cronica.

Operazione: incisione trasversale. Si cade sul tumore ricoperto da un reticolo venoso sviluppatissimo; seguendo il tumore il dito si infossa verso il pacchetto vascolare. Si scosta la giugulare interna, si isola la carotide primitiva che sembra si approfondi nel tumore e faccia corpo con essa. Si separa lo pneumogastrico. In alto la carotide esterna ed interna sembra escano dal tumore. Giudicando che la circolazione cerebrale di compensazione si sia potuta stabilire lentamente si decide a sacrificare i vasi: sezione della carotide primitiva, della tiroidea superiore previa legatura; legatura e sezione della carotide e della carotide interna.

La malata guarì dopo aver presentato dei disturbi cerebrali marcatissimi: afasia, paresteşia delle membra di destra e del faciale sinistro; l'afasia comincia a regredire dopo 3 giorni ma soltanto dopo 3 settimane scompare. L'ammalata, che ha ripreso le sue occupazioni, manca di memoria e borbotta quando vuol parlare svelto.

Nulla vi è da aggiungere ai sintomi noti per la diagnosi del tumore della glandola carotidea: lentissimo sviluppo, sede a livello della biforcazione carotidea sotto il bordo anteriore dello sternocleido mastoideo, dove il tumore deborda, volume generalmente moderato, forma ovoide e liscia, consistenza elastica, mobilità trasversale e fissità assoluta nel senso verticale, pulsazione e soffio frequenti, assenza dei disturbi funzionali. Nonostante la chiarezza di tale sintomatologia la diagnosi fu fatta soltanto 7 volte su sessanta casi perchè difficilmente si pensa a questa varietà di tumori.

L'esame istologico fa precisare la diagnosi: ammassi di cellule voluminosissime le quali separano delle travate connettive e dei vasi a pareti sottili. Tali ammassi cellulari alcuni, i tedeschi, giudicano cellule sarcomatose endoteliomatose e periteliomatose, altri, più recentemente in Francia li giudicano di natura epiteliali, da riportarsi per identità agli ammassi cellulari che s'incontrano nella glandola carotidea normale.

L'esame istologico del pezzo asportato da Descarpentries ripete quest'ultimo carattere: stroma connettivale sviluppatissimo e ben vascolarizzato; negli alveoli di questo stroma si trovano cellule nettamente ordinate attorno ai capillari sanguigni, a disposizione periteliale; tali cellule sono voluminose, disposte le une contro le altre; protoplasma leggermente granuloso, nuclei voluminosi, colorati intensamente senza cariocinesi normali o mostruosità; nelle cellule vi sono granulazioni cromaffine. Questi tumori si possono definire dei paragangliomi carotidei. Anquez, sostenuto dal decorso, in alcuni rari casi, a caratteri di malignità, crede che siano suscettibili di trasformazione maligna. Difatti nel caso di Woolley e Fu in alcuni punti si notò istologicamente trasformazione sarcomatosa; nel caso di Alezais et Plyson si rinvennero zone di epitelioma tubulato e lobulato con globi epidermici.

Il trattamento del tumore della glandola carotidea, non può essere che chirurgico. Sono noti soltanto sei casi rilevati all'autopsia; negli altri si intervenne costantemente (65). L'operazione per le connessioni del neoplasma con i vasi e con i nervi è delicatissima, difficile di indiscutibile gravità, tanto che l'asportazione da alcuni fu praticata incompletamente. Per tali difficoltà Reclus e Chevassu nonchè altri giudicano di riservare l'intervento in quei casi nei quali il rapido accrescimento faccia pensare ad una evoluzione maligna. Invece Dobromysloff ed altri preconizzano l'operazione fin da quando il tumore è riconosciuto, il più presto possibile, allorchè è ancora piccolo e non ha inglobato i vasi.

La gravità dell'operazione è attestata anche dalle morti: su 65 operati 14 morti (21,5 %). Il pronostico operatorio dipende dalla condotta da tenersi di fronte ai vasi carotidei: Se possono rispettarsi carotide primitiva ed interna l'operazione è benigna; al contrario se occorre legare e resecare la biforcazione carotidea l'operazione è grave. In 18 casi nei quali fu possibile legare solamente la carotide esterna conservando le due altre si ebbe una sola morte per infezione. In 40 casi con legatura della carotide alla biforcazione si ebbero 13 morti. Questi non sono tutti rapportabili alla legatura o ad amiplegia. A questi accidenti mortali vanno aggiunti 5 casi di paralisi o afasia più o meno prolungate. Altre lesioni degli organi vicini possono intervenire: così si sono osservati 4 casi di morte per broncopolmonite, conseguenti a sezioni dello pneumogastrico durante l'intervento. La giugulare interna di cui la resezione non avrebbe grande importanza, può essere rispettata, se riscaldata indietro del tumore. Uno degli operati di Reid morì durante l'operazione o in seguito a lesioni dello pneumogastrico e per entrata di aria nella vena giugulare

Malgrado tutto le possibili lesioni delle carotidi restano il più grande danno dell'intervento. Questo potrebbe essere evitato più spesso di quanto accada. L'inglobamento dei grossi tronchi arteriosi sul tumore è soltanto

apparente, perchè si formano delle solcature, nelle quali si adattano a mezzo della capsula fibrosa delle glandole, ma essi non fanno corpo con il tessuto neoplastico. Tale condizione è stata rilevata anche nella osservazione di Descarpentries, e da Anquez in un pezzo tolto da Sancon. Per tale stato la carotide primitiva ed interna possono essere facilmente separate. Riesce quindi possibile l'isolamento del tronco carotideo, rispettandolo nell'asportare il tumore.

Callison e Mackenty sostengono che quando il tumore ha raggiunto un certo volume e ha inglobato i vasi, bisogna decidersi alla resezione della biforcazione carotidea, basandosi sulla malignità del tumore giunto a tale sviluppo. Tale malignità è discutibile: lo sviluppo è lentissimo e la maggior parte dei casi sono stati operati dopo 4-5-6-10-17 anni e persino 20, 30 e 40 dalla comparsa. Le metastasi in questi casi sono state rare: se ne conoscono 4 casi, di cui 3 nei gangli ed uno nel fegato. Vi sono state su 65 operati 7 recidive: ma di esse 5 avvennero in individui sui quali erano stati rispettati i grossi tronchi arteriosi e 2 in casi nei quali si era resecata la carotide alla biforcazione (Callison e Mackenty). Tra questi ultimi le osservazioni degli autori americani sono incomplete perchè imprecisi furono gli esami istologici. Il decorso e l'evoluzione del tumore rappresentano la caratteristica e costituiscono la differenziazione di natura: i veri tumori della glandola carotidea, a evoluzione lenta e che non danno alcun disturbo funzionale sono dei parasimpatomi; gli altri a evoluzione e accrescimento rapidi, che si diffondono improvvisamente, che s'accompagnano a disturbi funzionali accentuati e che diventano inoperabili ben presto sono dei sarcomi o dei branchiomi. E per i primi il trattamento chirurgico s'impone, col programma di ligare solo la carotide esterna, di cui la ligatura è senza danno, ma di rispettare le vie di apporto del sangue al cervello.

Chevassu, intervenuto nella discussione, sostiene e conferma la tesi di Lenormant sia per la benignità del tumore che per la condotta operatoria da tenersi.

Chervier, guidato da un caso che descrive, insiste che in presenza di un tumore durissimo della regione carotidea sulla biforcazione occorre pensare alla presenza di un gozzo aberrante.

Lecine dice essere impossibile l'enucleazione intracapsulare suggerita da Descarpentries perchè non esiste alcun piano di scorrimento intracapsulare.

JURA.

DIAGNOSTICA.

Uso ed abuso della Radiologia.

(MORRELL. *The Lancet*, 7 ottobre 1922).

In questa lezione introduttiva ad un corso di radiologia, l'A., dopo aver brevemente accennato alla necessità che il giovane medico abbia una coltura radiologica, insiste sul fatto che la radiologia ed il radiologo non possono vivere isolati e che è necessario che a colui che deve procedere ad un esame radiologico siano forniti tutti i dati possibili. Da parte sua, il radiologo ideale deve riunire conoscenze elevate di fisica, tali che gli permettano di utilizzare a beneficio del malato tutte le scoperte più recenti, e nozioni vaste e profonde in tutti i campi della medicina. Tutte queste doti sono necessarie al radiologo in quanto egli deve non solo dimostrare gli eventuali fenomeni abnormi, ma anche contribuire ad interpretarli.

Questi compiti sono facilitati di molto dall'esattezza e dalla completezza delle informazioni che si forniscono al radiologo, e che permettono a questo di concentrare la sua attenzione su alcune questioni: l'opera sua infatti consiste spesso nel confrontare dati normali ed anormali: e l'attenzione aumenta l'intensità e la durata della sensazione e, come conseguenza, l'esperienza del radiologo. D'altra parte, è soltanto confrontando e mettendo in relazione diversi dati, che noi siamo in grado di veramente *comprendere* un fatto od un fenomeno: è questa la condizione nella quale si trovano il radiologo ed il medico pratico.

Al complesso edificio della diagnosi il radiologo porta da un lato il contributo dei fatti osservati, positivi o negativi, al di fuori dei quali, quando siano ben netti ed irrefutabili, non è possibile alcuna conclusione diagnostica; dall'altro quello delle induzioni che si traggono da questi fatti, e che debbono essere ben discusse e vagliate; ma che si devono accettare solamente in quanto si accordano con quelle ottenute con altri metodi di indagine.

La diagnosi radiologica può essere di due specie: di forma o di funzione.

È nel campo della diagnosi di forma, e specialmente per quel che riguarda le ossa e le articolazioni, che la radiologia si avvicina di più ai caratteri di una scienza esatta. In molti casi è soltanto l'esame radiologico che permette la diagnosi o che la completa, rivelando lesioni non sospettate: e che, infine, accerta la etiologia di una lesione, dato che i diversi processi patologici danno anche immagini radiologiche diverse. In generale si può dire

che la radiologia è più atta a dimostrare i fenomeni chirurgici che quelli medici. Ma perchè l'esame radiologico dia tutto quello che può dare bisogna che esso sia ripetuto; in questo modo, esso viene a costituire un prezioso ausilio nel giudicare dal progresso e nello stabilire la prognosi dei più diversi fenomeni (p. es. formazione del callo).

Molte volte, l'esame radiologico non può che completare i dati dell'esame fisico accurato: ed in nessun caso questo è vero come per il torace. L'interpretazione dei reperti ottenuti nel polmone è assai scabrosa: ed in nessuna malattia tanto quanto nella tubercolosi. In questa, più che a stabilire l'esistenza del male, l'esame radiologico serve a determinarne l'estensione: ma qualunque conclusione (p. e. riguardo alla differenziazione fra processi attivi o no, fra tubercolosi miliare e carcinomatosi miliare) è azzardata.

Riguardo alla diagnosi di funzione, pochi sono i fatti positivi. Se in qualche caso, come, p. e., nella atonia gastrica, si può avere una vera dimostrazione, nel maggior numero dei casi ci dobbiamo contentare di induzioni, tratte dai diversi fatti osservati: ed è qui che ha maggiore importanza l'abilità personale del radiologo, e che la collaborazione fra questo ed il medico può riuscire più fruttuosa.

Sereni.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. Rummo. *Le malattie dello stomaco (Gastropatie dinamiche ed organiche).* Seconda ristampa per cura di P. Tria, Napoli, Edit. « Riforma medica », 1922.

Rimettere oggi alla luce delle lezioni cliniche sulle malattie dello stomaco — dettate prima dell'era radiologica e dell'avvento di quella estesa chirurgia gastrica, per cui doveva nascere tutto un nuovo orientamento diagnostico e clinico — può parere opera alquanto ardita.

Ma queste lezioni del Rummo non sono destinate a chi vuole imparare la moderna patologia dello stomaco. Esse invece saranno lette sempre con interesse da coloro, che vogliono conoscere le vie e le tappe, attraverso le quali la clinica è giunta, in tempi relativamente recenti, alle moderne conquiste sulle gastropatie. Per di più tali lezioni, che racchiudono i frutti, sempre vitali, dell'osservazione fatta sul malato, costituiscono una salutare lettura, per ravvivare l'abitudine a quel sano e rigoroso ragionamento clinico, che costituisce una nobile tradizione della medicina clinica italiana.

g. sabatini.

Goiffon. *Manuel de coprologie clinique.* In-8 piccolo, pag. 232. Masson e C., Paris. Fr. 12.

L'esame chimico e microscopico delle feci è purtroppo assai spesso trascurato, poichè se ne conosce poco l'importanza clinica, e perchè è un esame difficile per i non pratici, sopratutto nell'interpretazione dei risultati. Ma tutto ciò non toglie nulla al reale valore, che dal punto di vista teorico e pratico l'esame delle feci presenta.

Basterebbe questa considerazione per farci accogliere con soddisfazione questo breve manuale del Goiffon. Ma nel suo libro l'autore ha racchiusi i pregi di una lunga personale esperienza, ed ha adattato gli esami agli scopi della diagnosi, di guisa che egli presenta agli studiosi un compendio di indiscutibile utilità, da cui possono essere ricavati gli elementi per le ricerche abituali e l'orientamento per la pratica di queste interessanti indagini cliniche.

g. sabatini.

H. Strauss. *Nachkrankheiten der Ruhr.* Verdauungs und Stoffewechsel-Krankheiten. VII Band, Heft 1/2. C. Marhold, Halle 1921.

Queste puntate del settimo volume delle malattie della nutrizione e del ricambio pubblicate sotto la direzione di A. Albu di Berlino sono dedicate alla dissenteria ed alle sue complicazioni. Alla esposizione della sintomatologia ed anatomia patologica delle due forme,

la bacillare e quella amebica, segue la trattazione particolareggiata del decorso e delle complicanze. Ampio sviluppo è concesso alla terapia della quale tutte le varie forme, da quella sintomatica a quella specifica e a quella chirurgica sono esposte alquanto dettagliatamente. TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 novembre 1922.

Sulla frequente positività della prova di Fischer (reazione della fenilidrazina) nelle urine di soggetti trattati con dosi terapeutiche di arsenobenzoli.

G. C. RIQUIER. — L'O. comunica di aver osservato la frequente comparsa di piccole quantità di zucchero nelle urine di soggetti — specialmente portatori di sifilide nervosa tardiva — trattati con dosi terapeutiche endovenose di arsenobenzoli tipo «Neo» e tipo «Silber».

Con i comuni reattivi di Trommer e di Fehling, essendo la quantità di zucchero dimostrabile nelle urine generalmente molto piccola, ebbe risultati dubbi o addirittura negativi anche quando la prova di Fischer gli risultò positiva.

La reazione della fenilidrazina è stata attuata sempre su urine defecate. In tutti i soggetti esaminati questa prova *diede risultato assolutamente negativo* nelle urine delle 24 ore precedenti la cura arsenobenzolica; durante il trattamento invece fu positiva nel 50 % dei casi esaminati.

Esiste un intimo rapporto fra la comparsa dello zucchero nelle urine e la somministrazione del medicamento; il rapporto non è però costante: la reazione potendo essere positiva una volta sola durante una intiera serie di iniezioni o saltuariamente. Non sembra che il reperto sia in relazione con la dose di medicamento, la concentrazione della soluzione volta a volta iniettati o con il manifestarsi di fenomeni di intolleranza immediati.

Lo zucchero può comparire nelle urine già 3/4 d'ora dopo la iniezione arsenobenzolica ed esservi dimostrabile ancora 168 ore dopo.

L'O. per stabilire la natura zuccherina dell'osazone svelato della prova di Fischer ne ha determinato, quando gli è stato possibile, il punto di fusione, ma si è sopratutto servito dei dati ottenuti con l'esame ottico.

Per stabilire la importanza ed il significato fisiopatologico del reperto messo in evidenza sono necessarie indagini sistematiche e complete condotte sopra un vasto materiale, però in via d'ipotesi anche sulla piccola base delle sue odierne osservazioni, l'O. è portato ad interpretarlo come espressione di alterata funzione epatica provocata da lieve avvelenamento arsenicale. L'O. termina chiedendosi se la comparsa di piccole quantità di zucchero nelle urine non possa costituire un segno per riconoscere fin dall'inizio del trattamento arsenobenzolico i soggetti intolleranti.

Intorno al reperto di pancreas accessorio.

GUIDO RIPPA. — L'O. comunica il reperto di quattro casi di pancreas accessorio nella parete gastrica, accennando alla frequenza di detti pancreas, alla loro origine, situazione e struttura. Fa delle considerazioni sul loro significato patologico come punto di partenza di tumori, sia come causa occasionale d'ulcera gastrica.

Diario e autopsia di un cocainomane.

E. BRAVETTA. — L'O. commenta il diario introspettivo di un operaio di 28 anni, il quale, fiutatore di cocaina da circa un anno, era deceduto improvvisamente per averne assunta una dose eccessiva. Riferisce poi sulle lesioni anatomopatologiche riscontrate nei vari organi, cioè iperemia meningo-encefalica, iperemia dello stomaco, del fegato, della milza, dei reni e surreni, ecc., edema, infarti polmonari, ecchimosi sottopleuriche, ecc.; e si sofferma sulle alterazioni istopatologiche dell'encefalo dove, accanto a lievi fatti infiammatorii degli elementi mesenchimali (infiltrazione linfocitaria piale e perivasale) trovò degenerazione adiposa delle cellule avventiziali e imponenti fatti degenerativi a carico di tutti gli elementi ectodermici.

L'O. fa notare che tali reperti confermano con singolare analogia i risultati da lui e dal dott. Invernizzi trovati in recenti ricerche sperimentali su animali cocainizzati in modo da sommare agli effetti della intossicazione cronica quelli della intossicazione acuta.

Osservazioni sull'impiego degli arsenobenzoli nella terapia della neurosifilide.

C. RIQUIER. — L'O., esposti brevemente i principali quesiti che si agitano intorno alla terapia arsenobenzolica della sifilide in genere e di quella del sistema nervoso in ispecie e messo in evidenza il disaccordo esistente fra gli AA. circa le dosi e le diluizioni di medicamento da impiegare e le vie di somministrazione da seguire, riassume le sue osservazioni nelle quali figurano in maggioranza casi di neurosifilide tardiva.

Furono praticate iniezioni endovenose di Neosalvarsan, Silbersalvarsan, Neosilbersalvarsan e Neojacol e con grande frequenza — 62 volte su 195 iniezioni — furono notati disturbi di vario tipo e di diversa intensità, rientranti tutti nel quadro della reazione vasomotoria, che l'O. si mostra incline ad interpretare come dipendenti da intossicazione arsenicale. A proposito dei metodi di profilassi e di cura delle crisi vasomotorie, l'O. crede di poter affermare che sulla loro insorgenza eserciti una non dubbia influenza la durata della iniezione endovenosa.

Lo intrattiene da ultimo sulla terapia specifica della tabe e della paralisi progressiva e viene alla conclusione che anche gli arsenobenzoli sono incapaci attualmente di arrestare il fatale progredire di queste forme morbose.

Dott. GUIDO REINA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

UROLOGIA.

Valore diagnostico del rapporto fra i volumi di urina emesso di giorno e di notte.

H. W. Jones (*Journ. of. amer. med. assoc.*, 18 febbraio 1922) in uno studio sull'argomento viene alle seguenti conclusioni: Il rapporto normale dell'urina del giorno a quella della notte è di 1:1/4, od 1:1/3; occasionalmente di 1:1/2; rapporto che non è alterato dalla ingestione di notevole quantità di liquido.

Quando il volume del liquido introdotto è assai scarso, sì da ridurre l'emissione totale a 500 cmc., i volumi delle urine del giorno e quelle della notte sono quasi uguali ed il rapporto è privo di significato.

Nel rene retratto cronico, il rapporto è spesso invertito, oppure si hanno volumi uguali: con dieta povera di proteine, con miglioramento dei sintomi clinici, si ristabilisce spesso il rapporto normale.

Nella nefrite cronica parenchimatosa, se l'emissione è scarsa, il rapporto ha scarso valore.

Ancor più che il semplice rapporto fra orina del giorno e della notte, ha valore la prova del rapporto dei volumi secreti in 2 ore (di giorno e di notte) con fissazione del peso specifico. La determinazione del volume totale ha importanza anche per differenziare la poliuria vera dalla pollachiuria (cistite, prostatite).

Negli individui normali, che lavorano di notte, il rapporto del volume nel periodo lavorativo con quello del riposo rimane inalterato; il volume nel periodo lavorativo è triplo-quadruplo di quello emesso durante il riposo.

fil.

Prostatismo giovanile.

V. der Branden riferisce (*Le Scalpel*, 16 settembre 1922) un caso di prostatismo giovane che merita d'essere riferita.

Un malato di 25 anni presentò i segni di una ritenzione urinaria non attribuibile nè a restringimenti uretrali, nè a prostatismo acuto. La cistoscopia praticata a scopo diagnostico rivelò la presenza di una prostata ingrandita e assai vascolarizzata palpabile, del resto, anche per via rettale. L'applicazione di una sonda, a doppia corrente, riscaldata, sull'uretra posteriore, e protratta per 4 mesi ebbe per risultato un miglioramento così cospicuo da poter essere definito come una guarigione. Per circa dieci anni il paziente pur non rinunciando ai piaceri offertigli da Bacco passava abbastanza bene la sua esistenza, ricorrendo al passaggio delle Béniquë, 3-4 volte l'anno. Tuttavia in seguito ad eccessi dietetici i disturbi si ripresentarono nuovamente esagerati e fu giocoforza ricorrere alla prostatectomia. L'esame microscopico fece riconoscere una grande proliferazione vascolare e uno scarso sviluppo della parte adenomatosa. Si trattava dunque di una vera e propria dilatazione cistica sanguigna di un lobo prostatico con effetti analoghi a quelli provocati da un adenoma.

In questa considerazione è racchiuso tutto l'interesse del caso. E. M.

Ematurie renali e nefralgie ematuriche.

Si è da qualche tempo fatto strada il concetto che non possano esistere ematurie renali o nefralgie ematuriche *sine materia*, e che esse siano sempre l'indice di alterazioni renali da causa ignota o sospettata.

P. Marogna (*Riforma medica*, 2 ottobre 1922) riporta due casi clinici di tali nefralgie ematuriche, uno dei quali ha solo valore clinico, mentre l'altro è stato studiato anche dal punto di vista istologico. In essi la nefralgia ematurica è da riferirsi al bacillo di Koch, sebbene le lesioni istologiche non risultassero specifiche.

Dalle osservazioni proprie e da quelle di altri, l'A. conclude doversi ritenere che molti casi di ematuria essenziale o nefralgia ematurica, che ad una prima osservazione si riferiscono a nefrite da causa ignota sono invece da considerarsi come nefriti tubercolari atipiche. L'ematuria precoce si spiega col percorso del bacillo nel rene, ove già nei primi stadî si vedono i glomeruli di Malpighi aumentati di volume e col pacchetto vascolare aumentato e disteso per maggior afflusso di sangue, che, con il procedere delle lesioni, stravasa.

Per spiegare le rotture si invocano i processi di endo-meso-periarterite e le ulcerazioni vasali che ne risultano, oppure la nefrite o la congestione renale. *fil.*

Le grandi ematurie nella idronefrosi.

In presenza di ematuria abbondante accompagnata da coaguli, che dura da diversi giorni, eliminato dopo l'esame della vescica il tumore vescicale, si deve portare l'attenzione sul rene. Il neoplasma è l'affezione che più spesso determina le emorragie abbondanti, ripetute, spontanee, intermittenti: possono però essere

dovute ad altre cause è solo un esame completo e meticoloso può condurre alla diagnosi.

Quando la radiografia abbia dimostrato l'assenza di calcoli, l'esame delle urine permetta di eliminare l'idea di una tubercolosi, si può pensare al neoplasma, alla nefrite ematurica, all'idronefrosi. Quest'ultima può riconoscersi con l'esplorazione renale non solo raccogliendo separatamente l'urina dei due reni, ma anche iniettando del liquido nei bacinetti e misurando la rispettiva capacità di questi. La pielografia potrà confermare la diagnosi; non si deve dimenticare però che la presenza di coaguli nel bacinetto può modificare la forma di questo e far credere ad un tumore pielico.

Il verificarsi di grandi ematurie nell'idronefrosi indica che questa è assai avanzata e che il rene è in gran parte distrutto: si ricorrerà quindi alla nefrectomia. In qualche caso però anche piccole idronefrosi possono provocare ematuria: nulla impedisce all'atto operatorio di rilevare la condizione del rene e di procedere di conseguenza, adottando un metodo conservatore.

(*Journ. des praticiens*, 19 agosto 1922).

fil.

Infarto renale asettico.

Paul W. Aschner (*Am. Journal Med. Sc.*, settembre 1922) in occasione di due casi che gli sono occorsi, richiama l'attenzione sull'infarto renale asettico, che egli distingue in due gruppi, secondo che è dovuto a trombosi dell'arteria renale (da traumi, da infezioni acute o croniche) o ad embolie. Causa pù frequente è l'embolia, dovuta specialmente a vizi cardiaci, e particolarmente a vizi mitralici (stenosi), ma anche a trombi delle vene polmonari o dell'atrio sinistro, a lesioni ateromatose delle valvole e dell'aorta. I sintomi principali sono l'inizio brusco, con dolore addominale (che in primo tempo è localizzato anteriormente e solo più tardi nella regione renale) e disturbi gastro-intestinali. Già all'inizio si ha dolore provocato alla percussione della regione lombare. Le modificazioni dell'urina sono incostanti; la presenza d'albumina e di globuli rossi conferma la diagnosi.

Riguardo alla prognosi, se il paziente si può rimettere completamente, data la malattia primaria incombe sempre il pericolo di nuovi attacchi.

In uno dei suoi casi, l'A. intervenne chirurgicamente, con esito buono.

SERENI.

Trattamento dell'edema polmonare nefritico con la legatura degli arti.

Tempo fa Tabora e Tomai consigliarono la legatura degli arti allo scopo di escludere una certa quantità di sangue dalla circolazione generale e liberare il cuore destro quando la sua azione è intralciata. L'Ehrenberg (rif. in *Medical Review*, agosto 1922), ha tentato la manovra in parecchi casi di dispnea dovuti ad ostruzione nel circolo polmonare, egli la applicò anche in due casi di edema polmonare dovuti a nefrite acuta ed il miglioramento fu notevole e rapido. In uno di essi, una donna di 55 anni, morta qualche tempo dopo con il quadro di una nefrite grave, ebbe all'improvviso grave dispnea, tosse ed abbondante espettorazione rossiccia, schiumosa: numerosi rantoli si udivano ai polmoni; le respirazioni erano 46, le pulsazioni 126. Rapidamente si strinsero le radici dei quattro arti con lacci di gomma: la tosse cessò in un paio di minuti, la respirazione si fece più lenta e dopo 10 minuti, l'accesso era praticamente scomparso. I lacci di gomma vennero lasciati ancora per 20 minuti, ed alla fine si praticarono iniezioni di olio canforato e digalen. Dopo 30 minuti le respirazioni erano 29, le pulsazioni 96. Nessun altro attacco si ripetè in seguito.

In un altro caso l'accesso di edema polmonare non era tipico, mancando l'espettorazione ed i rantoli; l'applicazione della legatura produsse immediatamente gli effetti benefici, come anche in tre accessi susseguitisi a diversi giorni d'intervallo.

È difficile spiegare il meccanismo di azione di questa manovra, la quale secondo l'A. ha lo stesso effetto del salasso e va preferita a questo sia perchè applicabile anche in soggetti non pletorici, sia perchè può essere ripetuta ad intervalli frequenti.

fil.

Gli autovaccini nella pielocistite.

Gli agenti della pielocistite sono svariati; nella maggior parte dei casi trattasi di *B. coli*, in cui la produzione di anticorpi è strettamente legata allo stesso stipite; in altri casi, sono invece in causa il *B. lactis aërogenes*, il proteo, il mesenterio, il piocianeo, il pneumococco, ecc.

È quindi riconosciuta la necessità di autovaccini. A. Adam (*Münch. méd. Wochn.* 1922 n. 29) consiglia per la preparazione di questi, di usare la stessa urina del malato; 10-15 cmc. prelevati con catetere, si mettono in tubo sterile, che viene poi sterilizzato all'orlo alla fiam-

ma e ricoperto dopo raffreddamento, con tappo di gomma. Dopo 24-48 ore (anche a temperatura di stanza) si ha l'intorbidamento per l'accrescimento dei batterii; si aggiungono allora a 10 cmc., 5 goccie di cloroformio e cmc. 0.5 di soluzione fenica a 5%; si agita energicamente e si lascia in riposo per 24 ore. Il vaccino è allora pronto; prima dell'uso, si agita il tubo e si attende che il cloroformio si depositi al fondo.

L'A. incomincia con iniezioni di cmc. 0.1, aumentando di cmc. 0.1 al giorno, fino ad ottenere reazione locale di 2 cm. di diametro; poi si ripete l'iniezione quando la reazione è scomparsa (dopo 3-4 giorni). Le dosi raggiunte dall'A. sono di cmc. 0.5-1; dopo 4-11 giorni in media, si è notata la scomparsa dei leucociti e dei germi dall'urina; in 8 casi l'A. non ebbe insuccessi nè recidive. Vanno trattati in tal modo i casi ribelli alla cura interna ed in buone condizioni generali.

fil.

La digitale nei cardio-renali.

Nei cardiorenali veri i sintomi renali non migliorano con il ritorno dell'energia cardiaca, mentre nei cardiorenali falsi, i disturbi renali scompaiono con il miglioramento o la scomparsa della insufficienza cardiaca.

In generale i cardiaci urinano poco, hanno stasi nei vasi e nei tessuti, donde ritenzione azotata, e consecutivamente albuminuria ed edemi: in tale stadio si vedono comparire le albuminurie per stasi venosa o per rallentamento della corrente sanguigna.

In questi malati, la prima indicazione è il salasso, che deve essere di almeno 500 g. nei pletorici o somministrare un drastico energico (acquavite alemanna, sciroppo di nerpruno ana g. 20-30).

Eventualmente svuotare l'ascite: in quelli con fegato grosso, dare anche qualche piccola dose di calomelano.

Si può allora incominciare la cura digitalica per ottenere il rinforzo delle contrazioni cardiache e la diminuzione di frequenza del polso, diminuendo gradatamente le dosi, in modo da non raggiungere le 60 pulsazioni al minuto.

J. Konings (*Le Scalpel*, 26 agosto 1922), distingue due casi:

I. *Predominanza dei sintomi cardiaci*:

a) Asistolia acuta. Il medico non deve preoccuparsi nè dell'albuminuria, nè dell'ipertensione arteriosa, nè del genere di affezione cardiaca. Far subito un salasso, svuotare i versamenti sierosi, dare per due giorni dieta idrica o acqua lattosata (150 g. di lattosio per litro), in seguito regime latteo (2 litri) assoluto: poi somministrazione di digitalina cristallizzata in soluzione alcoolica: 25-35 gocce in una volta al mattino per 3 giorni: 15-20 gocce per 2-3 giorni, poi 5 gocce per 4-5 giorni. Dopo che il miocardio ha ritrovato la sua energia e la crisi è finita, sottomettere l'ammalato a cure mensili di 10-15 gocce per un tempo abbastanza lungo;

b) Nell'asistolia acuta con sintomi renali o con uremia, fare la stessa cura.

II. *Predominanza dei sintomi renali*. La somministrazione di digitalina a dosi di 20-30 goccie per 3 giorni porta una vera crisi di urea, di acqua, di cloruri: l'albuminuria scompare o migliora, l'urea del sangue diminuisce. Si uniscono allora 15 gocce della stessa soluzione con g. 1-1.50 di teobromina da prendersi in 3 volte e per 3 giorni consecutivi.

Questa regola non ha nulla di assoluto e solo l'osservazione giornaliera detterà la condotta del medico.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio delle vitamine. (Gli attivatori biologici).

Se ne occupa K. Kottmann (*Schweizerische Mediz. Woch.*, 1922, n. 28) utilizzando il suo speciale metodo per lo studio del siero, metodo al quale ha dato il nome di « fotosierologico ».

Se noi aggiungiamo ad un siero una soluzione di sale d'argento, collòidale, e se lo si espone alla luce, l'aggiunta di idrochinone fa comparire dopo un tempo variabile, una colorazione bruna. Il tempo necessario alla reazione costituisce un carattere speciale del siero.

Dalle osservazioni dell'A. risulta che il tempo di reazione diminuisce per i sieri invecchiati mentre aumenta per i sieri che sono stati messi a contatto con estratti di organi e specialmente con estratti di organi cancerosi. La stessa azione ritardante può essere determinata dai più diversi prodotti: vino, latte crudo, metogene (vitamine di Parke e Dawis). Essa scompare dopo riscaldamento, ma persiste negli estratti all'acqua salata.

Se si utilizza invece di un siero normale un siero canceroso, il ritardo della reazione dopo contatto con organi normali o cancerosi, è molto meno importante: quest'azione inibitrice sarebbe dovuta sia alla presenza di antitripsina, sia alla presenza di antiattivatori ovvero di antivitamine, che svelano una reazione dell'organismo contro l'accrescimento del tu-

more. La tecnica della reazione non è molto complicata.

Si aggiungono a 2,5 di siero, 0,2 di estratto di organi, lasciandoli in contatto per 16 ore a 20°. Si filtra ed a 2 cc. del filtrato si aggiungono un cc. della soluzione: Nitrato di argento al 0.6 % più nitrito di sodio al 0.5 % in parti eguali.

Il miscuglio si sottopone all'azione di una lampada da 500 candele a distanza di 20 cm.; si aggiunge infine 0.5 di una soluzione di idrochinone al 0.25 % e si calcola l'inizio della reazione con la comparazione di un tubo di controllo; la fine della reazione è segnata dall'opacità completa del tubo. MONTELEONE.

Il riflesso addominale del vago. (La leucopenia vagotonica).

Secondo il prof. F. Glaser (*Medizin. Klinik*, 1922, n. 15), la leucopenia alimentare è la conseguenza di un riflesso di vasodilatazione dei vasi capillari cutanei, provocata per mezzo del vago dagli acidi biliari. Infatti le malattie nelle quali Widal ha riscontrato la leucopenia, sono quelle nelle quali il Brulé ha constatato l'esistenza di acidi biliari ritenuti, mentre la leucopenia manca nell'ittero emolitico, e la leucopenia fu presente regolarmente in soggetti che nel mentre presentavano una leucocitosi alimentare furono sottoposti al trattamento con bile di toro concentrata e purificata; in altri soggetti presentanti la leucocitosi, fu possibile ottenere la leucopenia con la somministrazione di latte integrato da due o tre grammi di bile. In certi casi è poi sufficiente, per produrre la leucopenia, l'ingestione di bile od il massaggio del fegato congesto. Fino alla pubertà si ha la leucopenia, in seguito compare la leucocitosi, negli epatici, negli stati anafilattici, nella gravidanza, nelle ipertensioni craniche. Secondo l'A. la leucocitosi è in rapporto con una vaso costrizione periferica, la leucopenia con una vasodilatazione, però non si può precisare il meccanismo: è certo che se si immerge la gamba di una persona nell'acqua fredda, si produce nei soggetti normali una vaso costrizione periferica che colpisce i tegumenti ed in simili casi vi è leucocitosi, mentre in un vagotonico la vasocostrizione è rimpiazzata dalla vasodilatazione e la leucocitosi dalla leucopenia. MONTELEONE.

IGIENE.

Animali domestici e malaria.

Da qualche anno a questa parte, si vanno fondando grandi speranze sopra un metodo di lotta antimalarica, secondo il quale si usa come protezione il bestiame, che verrebbe punto dagli anofeli invece dell'uomo. Come dimostra B. Grassi (*Annali di Igiene*, giugno 1922), in uno studio critico con larga documentazione a base di numerose ricerche ed esperimenti personali, l'osservazione che gli anofeli in certi luoghi si trovano a preferenza nelle stalle e pungono il besiame non è nuova. Di fatto lo stesso Grassi vi aveva insistito nelle sue Ricerche di uno zoologo sulla malaria, pubblicate nel 1901; fino dal 1903, poi, il medico provinciale Bonservizi aveva sostenuto che la protezione degli animali è un mezzo tutt'altro che da disprezzarsi per impedire una larga diffusione della malaria e render questa meno grave. Più recentemente (1918) Grassi aveva ripreso la questione; Roubaud (1918-19) poneva innanzi il concetto di un compito speciale del bestiame nel senso di ammettere una razza speciale di anofeli che ha cambiato gusto e che è diventata zoofila, e Rizzi e Falleroni portavano osservazioni epidemiologiche tendenti a dimostrare la reale protezione esercitata dal bestiame.

Allo stato attuale della questione, si può ritenere quanto segue: è intuitivo che gli anofeli, i quali pungono gli animali domestici, risparmiano l'uomo; le stalle ed i porcili costituiscono i ricoveri prediletti dagli anofeli, i quali vi trovano inoltre l'ambiente caldo per la maturazione dei parassiti malarici, anche in paesi temperati e freddi. La quantità degli anofeli che si riscontrano in una certa località è certo subordinata alle raccolte acquee anofeligene corrispondenti, ma non è ancora dimostrato che sia indipendente dalla quantità di nutrimento che le zanzare alate possono trovare. È un fatto che gli anofeli tendono a diffondersi in proporzione delle loro vittime e che per la ricerca del nutrimento possono spostarsi anche di qualche chilometro; sicchè gli animali domestici possono attrarli in luoghi dove altrimenti non arriverebbero che in piccole quantità e favorirne così indirettamente lo sviluppo.

La zoofilia degli anofeli si manifesta in modo spiccatissimo anche in luoghi gravemente malarici, sicchè bisogna essere molto guardinghi nel valutarne l'importanza in luoghi indenni o quasi da malaria. In qualche luogo di anofelismo senza malaria, può entrare in

scena la sola misantropia degli anofeli: per lo più però coesistono altri coefficienti, fra cui specialmente la temperatura bassa durante la notte, che favorisce l'accumulo nelle stalle. Anche la densità della popolazione anofelica è importante, ed è probabile che la scomparsa della malaria in tali luoghi sia stata contemporanea alla diminuzione della quantità degli anofeli. Quando poi si esamini nelle sue grandi linee il problema dell'attenuazione della malaria, che specialmente nella seconda metà del secolo XIX si è verificato in tutta Europa, particolarmente nella media, dove tale malattia può dirsi scomparsa, si può ammettere con l'A. che esso sia legato, oltre che al trattamento specifico (chinino), alle mutate condizioni di vita; in tale frattempo, di fatto, si sono venuti migliorando la nutrizione ed il benessere generale, mentre d'altra parte sono aumentati la popolazione ed il bestiame allevato, che viene regolarmente stabulato.

Il compito del bestiame assume quindi nel fenomeno generale notevole importanza: rimangono però a chiarirsi alcune questioni, come quella se esistano realmente nei luoghi malarici, anofeli che pungono a preferenza l'uomo o gli animali od una data sorta di animali. L'A. ha dimostrato l'esistenza di una di tali razze, che punge soltanto gli animali.

Ci è ancora ignoto se l'anofele possa passare indirettamente dall'uomo all'animale o se, dopo una prima puntura sull'uomo, ritorni a questo; resta inoltre da vedere se l'anofele con sporozoiti malarici rimanga o non nello stesso ambiente in cui si è infettato.

In complesso dunque la protezione animale può rappresentare un mezzo di lotta contro la malaria, in quanto che la presenza di abbondante bestiame stabulato è indizio di agricoltura intensiva e quindi di avvenuta bonifica. Tale protezione però deve essere generale, poichè se limitata a singole famiglie, l'aumento del bestiame potrebbe essere un richiamo per gli anofeli. In zone gravemente malariche si potrebbe, o tentare una cintura di porcili, oppure lasciare sul posto gli animali nelle stalle e riparare, alla sera, la popolazione in luogo sano, pratica del resto secolare in zone malariche. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1378) *Cura per la taenia solium in gravidanza al V mese.* — All'abb. n. 3058-1:

L'abbonato domanda se può senza inconvenienti essere applicata la cura tenifuga in una gestante ed in caso affermativo con quali accorgimenti ad impedire fatti spiacevoli.

Non è facile trovar consiglio nell'esperienza tratta dalla letteratura per questo argomento. Meglio ne soccorre l'esperienza personale e più la considerazione dello speciale fatto clinico di questa speciale elmintiasi in gravidanza in rapporto agli effetti, che possono attendersi dalla cura abituale, per la tenia.

In linea generale se non si è costretti da condizioni di speciale gravezza si dovrebbe rimettere la cura della tenia della gravida a dopo il parto.

Per la *taenia solium* è raro si preparino condizioni minacciose od anché solo pericolose, come per altri elminti (*l'amoeba coli, l'anchilostoma duodenalis* ad esempio), e però non di frequente entreremo nel dubbio, se convenga meglio esporre la gravida ai pericoli che possono derivare dalla cura tenifuga oppure a quelli derivanti dall'elmintiasi.

I pericoli della cura tenifuga sono quelli propri derivanti dal felce maschio, dall'uso largo dei necessari purganti, dallo stato di debilitamento generale, che può seguire nella gravida per la cura complessa diretta ad allontanare il parassita.

Il felce maschio non è sempre innocuo per il rene, che in gravidanza vorremmo rispettare al massimo grado.

I larghi ed energici purganti in breve tempo ingeriti possono in alcun caso esser anche stimolo ad inizio di contrazioni uterine che potrebbero condurre all'aborto e far perdere il feto, se, come nel caso esposto dall'abbonato, esso è al V mese di vita endouterina, ed in generale in epoca non vitale.

Lo stato di debilitamento conseguente alla cura complessa tenifuga non può mai passare senza danno in una gravida, nella quale vorremmo conservate tutte le energie e tutte le difese organiche per la migliore simbiosi materno-fetale.

C. M.

(1379) *Coagulazione rapida del sangue nei prelevamenti a scopo diagnostico.* — Al dott. R. M., abb. n. 8284:

Una siringa Record, una siringa Luer, una siringa Tursini, un semplice ago sono sufficienti per estrarre un campione di sangue a scopo diagnostico da una vena, purchè l'ago usato *sia esattamente pulito.*

L'inconveniente da Lei lamentato non si verifica mai *con aghi nuovi;* si verifica con una certa frequenza, se l'ago è troppo sottile ed arrugginito nell'interno. Anche la natura della malattia può (per esempio polmonite) influire sulla precocità della coagulazione. Per ovviare a tale inconveniente e per provvedere alla sicura asepsi del prelevamento, noi siamo soliti di servirci di siringa Tursini sterilizzata a secco o con la bollitura in soluzione fisiologica, innestata ad una pompa di Centanni. *t. p.*

(1380) *Clisteri nutritivi.* — All'abb. n. 8264:

Sui poteri di assorbimento e digestivi del grosso intestino Ella potrà trovare esaurienti notizie nel trattato di Fisiologia del Luciani.

Circa l'importanza dei cristeri nutritivi nella medicina moderna ella troverà indicazioni nel 28° volume del trattato di patologia diretto dal Sergent dove il capitolo «regimi» è largamente svolto dal Rathery. *t. p.*

(1381) *Chimica clinica e microscopica clinica.* — Al dott. N. C., Venezia:

Il Reale e il Bizzozero sebbene non siano più trattati recenti, rispondono però ai requisiti delle pratiche esigenze. Numerose volte abbiamo indicato in questa rubrica trattati in lingue straniere moderni di grande e di piccola mole che riguardano le più moderne ricerche di cui il pratico spesso non può ignorare l'esistenza. *t. p.*

(1382) Al dott. G. Capoferro, S. Eufemia d'Aspromonte:

Consulti: A. LUSTIG E COLLABORATORI. *Trattato delle malattie infettive dell'uomo e degli animali.* II edizione. Casa ed. Ditta F. Vallardi, Milano. *fil.*

(1383) Al dott. F. Zoggio, Trieste:

La «Revista Española de Medicina y Cirugia» si pubblica a Barcellona (273, Provenza); abbonam. annuo 26 pesetas (presso l'amministratore, sig. Pedro-J. Llort). P.

VARIA

Le macchie solari ed il decorso delle malattie croniche.

I sintomi delle malattie croniche variano quasi continuamente, compaiono, scompaiono, si accentuano, migliorano, talora lentamente, tal'altra improvvisamente. Queste variazioni possono essere parallele a quelle delle lesioni anatomiche che sono alla base della malattia e possono essere così spiegate; ma spesso non v'ha alcuna modificazione apprezzabile delle lesioni che dia ragione delle variazioni sintomatiche.

È notevole il fatto che queste variazioni inesplicabili si producono contemporaneamente in malati diversi ed affetti da malattie diverse.

Osservando questi fatti clinici Sardou e Faure (*Gazette des Hôpitaux*, 1922 n. 56) hanno sospettato che le oscillazioni sintomatiche fossero in rapporto alle condizioni climatiche e metereologiche. Ma le ricerche istituite al riguardo hanno dato risultati non conclusivi.

In considerazione del fatto che il passaggio delle macchie solari nel meridiano centrale coincide frequentemente con perturbazioni magnetiche ed elettriche (che talora si manifestano anche con disturbi delle comunicazioni telefoniche e telegrafiche) i due predetti Autori hanno pensato che questa causa potesse avere effetti patologici. Ed hanno perciò praticato ricerche con Vallot, Direttore dell'Osservatorio del Monte Bianco. Mentre l'astronomo sorvegliava il passaggio delle macchie solari, i due medici notavano i sintomi dei malati in osservazione.

Questi erano affetti da malattie croniche del cuore, dei vasi, del fegato, dei reni, del sistema nervoso. I disturbi segnalati andando dai più leggeri ai più gravi furono: eccitazione, insonnia, astenia, scosse muscolari, poliuria, disturbi digestivi, accentuazione dei tremori e delle contratture, nevralgie, crisi nervose, asma e dispnea, elevazione della temperatura, dolori folgoranti, vertigini, sincopi, ipertensione, tachicardia, aritmia, angina pectoris.

La varietà delle malattie, dei malati e dei sintomi osservati, la durata dell'osservazione, il numero delle macchie (25) e la ripetizione dei disturbi (21 volte su 25) hanno indotto gli AA. alle seguenti conclusioni:

Il passaggio delle macchie solari sul meridiano centrale coincide abitualmente (84 %) con una recrudescenza dei sintomi delle malattie croniche ed anche con la comparsa di accidenti gravi o eccezionali nel corso di queste malattie.

La stessa recrudescenza o la comparsa di accidenti analoghi si può produrre anche all'infuori del passaggio delle macchie, ma tale coincidenza è più rara (33 %) e gli accidenti sono meno gravi.

Secondo quindi gli AA. il passaggio delle macchie solari è la causa principale della recrudescenza inesplicabile degli stati patologici.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In tema di assicurazioni malattie.

Riceviamo:

Ill.mo Sig. Direttore del «Policlinico»,

Per amore alla verità, mi consenta qualche parola di chiarimento e di rettifica alle inesattezze ed errori in cui è incorso il dott. Ugo Righi nel suo articolo «Punto fermo al progetto di assicurazione obbligatoria sulle malattie» (*Policlinico,* Sezione pratica, 4 dicembre 1922, pag. 1613). La rettifica s'impone data la indiscussa autorità del periodico su cui l'articolo è comparso, il quale, sorreggendo le inesattezze affermate, può contribuire a preparare l'opinione pubblica contro una delle forme più perfette di previdenza sociale, che purtroppo manca da noi.

Gli errori del sig. Righi sono fondamentali; e mentre dimostrano la poca conoscenza della materia trattata, si prestano bene a traviare la pubblica opinione. Consistono:

1) nello scambiare una forma di previdenza sociale con la beneficenza pubblica — errore grossolano che ingenera equivoci pericolosi;

2) nello assumere che lo Stato verrebbe a risentire l'enorme peso di questa beneficenza.

A sostegno, poi, si cita la Cassa distrettuale ammalati di Trieste, «la quale — afferma il si- «gnor Righi — rappresentava una delle più scan- «dalose speculazioni alle spalle delle finanze ita- «liane». Ora ciò, è falso.

È elementare che, il concetto di assicurazione esclude quello di beneficenza, basandosi il primo sul senso di previdenza, che, non essendo da noi sufficientemente sviluppato nelle classi industriali ed operaie, nel supremo interesse sociale di mantenere sane ed efficienti le forze vive e produttrici della nazione, si impone per legge. Da noi, per citarne una sola, esiste una forma di assicurazione — infortuni — che in un ventennio di esperienza, immensi benefici ha recato alle classi lavoratrici ed al paese, senza il minimo aggravio per lo Stato, il quale anzi, sotto un certo aspetto, ha realizzato qualche guadagno finanziario col contributo di vigilanza che ha imposto agli Istituti assicuratori; ed essa è oggi così acquisita nella coscienza degli operai, dei datori di lavoro e dei ceti professionali interessati, che costituisce se non l'unica, certo la migliore, delle forme di previdenza vigenti in Italia, con sentito orgoglio nazionale.

Il costo di questa assicurazione grava unicamente sugli industriali; e poichè, per non parlare dell'assicurazione agricola, la legge (t. u.) 31 gennaio 1904, n. 51, statuisce la coesistenza di istituti di diversa fisonomia economico-giuridica in concorrenza fra loro, il prezzo di questa assicurazione è ridotto al minimo indispensabile.

Per l'assicurazione malattia invece, il costo, almeno dove attualmente essa vige — e da noi, nelle nuove provincie — è sostenuto per due terzi dallo stesso operaio — noti bene il sig. Righi — e per un terzo dal datore di lavoro. Lo Stato, tanto sotto il vecchio che sotto il nuovo regime, nemmeno un centesimo ha sborsato per questa assicurazione. Dove il sig. Righi abbia scoperta la scandalosa speculazione alle spalle della finanza italiana, sarebbe doveroso indicarlo, precisando cifre, altrimenti l'affermazione fatta con l'articolo pubblicato, riveste la forma di una manovra di aggiotaggio, lecita solo a banchieri senza scrupoli per speculazioni di borsa.

In quanto agli altri pericoli che l'articolista paventa, essi sono puramente immaginari, o se qualcuno, come eccezione, presenta possibilità di evento, esso non è certamente edificante per la rispettabile classe dei medici. — Così la temuta «speculazione che in tacita combutta, medici e «clienti praticano in danno delle mutue assicura- «zioni e dell'erario, per cui tutto il sistema si «riduce rispettivamente a una spasmodica ricer- «ca di sussidio di malattia o del malato», è una ingiuriosa affermazione lesiva della dignità di una nobile classe di professionisti medico-chirurgici, che l'esperienza dimostra errata, per l'alta stima e deferenza di cui detta classe è circondata nei paesi in cui l'assicurazione esiste sia dagli affiliati alle Casse di malattia, sia dal pubblico in genere.

Piuttosto l'articolo mira a proteggere una categoria di medici — i medici condotti, che, a torto, si vedrebbero minacciati nel loro interesse personale da una eventuale legge sulla assicurazione obbligatoria contro la malattia.

Ma nella scala degli interessi materiali, questi dei medici condotti, pur tanto discutibili, sono quelli che meno possono venire danneggiati dall'attuazione di una forma di previdenza sociale, che ormai dato il posto conquistato dall'Italia nel civile progresso mondiale, s'impone. Ben più alti e formidabili interessi lederebbe l'assicurazione obbligatoria di malattia, quali sono quelli degli industriali e degli istituti di assicurazione infortuni, specialmente della Cassa nazionale infortuni, che verrebbe ad essere spogliata di gran parte dei suoi introiti, qualora i casi di inabilità temporanea da infortunio dovessero essere compresi nell'assicurazione di malattia. Sono questi gli ostacoli seri e reali, e che solo potranno rimuoversi con un atto d'imperio del Governo al potere, e non mai con una legge regolarmente discussa, in quanto gl'interessi che si vedrebbero minacciati, si fonderebbero in un blocco di opposizione insormontabile che per lo meno tenderebbe a snaturare il concetto tecnico giuridico di assicurazione, richiedendo lo inevitabile sussidio o concorso da parte dello Stato. Solo in questa ipotesi, possibilissima del resto, avrebbe ragione il sig. Righi, in quanto si tramuterebbe così la forma di previdenza in una beneficenza statale, con le logiche conseguenze prevedibili, come è avvenuto per la disoccupazione involontaria.

Ha constatato il sig. Righi, i benefici effetti dell'assicurazione malattia dove essa è praticata? Sembra di no. Assista il sig. Righi alla tranquillità che infonde nell'operaio la sicurezza dell'assistenza completa con tutt'i progressi scientifici in caso di malattia; constati, *de visu*, i benefici sociali che la profilassi e la cura razionale con tutti i conforti apporta nelle classi sociali dove la detta assicurazione esiste: consideri ancora come, lungi dal recare un aggravio alla finanza dello Stato, essa si risolva in un vantaggio veramente grandioso per le esauste finanze comunali e provinciali col sottrarre alla beneficenza pubblica la cura degli operai disoccupati; ponderi un po' meglio il concetto tecnico-giuridico di assicurazione, ed ho fiducia che il sig. Righi cambierà opinione e diverrà un caldo sostenitore della urgente attuazione della benefica provvidenza sociale, come lo è chiunque abbia coscienza dei nobili fini che la assicurazione malattia mira a raggiungere.

Dott. ROMANO SALVATORE
Attuario nel Ministero per il Lavoro e la Previdenza sociale.

Trieste, 13 dicembre 1922.

Cronaca del movimento professionale.

All'Ordine dei Medici di Roma.

Nell'adunanza del Consiglio del 1° dicembre 1922 erano presenti Gallenga, Lugli, Guidi, Dragotti, Paparozzi e Zevi.

Si è discusso in merito alla concessione dell'aula dell'Istituto di Igiene per le conferenze di un medico la cui attività giornalistica ha richiamato l'attenzione di tutta la classe medica. Si è deliberato di dare avviso al prof. Sanarelli dello stato della vertenza tra il detto sanitario e l'Ordine dei Medici.

Il prof. Gallenga comunica di avere avuto un importante colloquio con il Direttore Generale della Sanità pubblica prof. Lutrario, il quale tra l'altro ha promesso di studiare la possibilità di concessione di locali all'Ordine di Roma da parte dello Stato.

Lo stesso Presidente ha comunicato di aver conferito con il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Roma su argomenti di comune interesse.

Il Consiglio ha deliberato di deferire ad una Commissione, costituita dai proff. Lugli, Paparozzi e Giannuzzi lo studio delle eventuali modificazioni da apportare alla tariffa attualmente in vigore.

Si procede quindi alla tassazione di onorarii e di perizie ed a definizione di vertenze deontologiche.

L'adunanza dell'8 dicembre, alla quale erano presenti Gallenga, Lugli, Dragotti, Paparozzi e Zevi è stata dedicata all'esame della quistione dell'assicurazione obbligatoria per le malattie.

Dopo ampia discussione alla quale hanno preso parte tutti i presenti si è dato mandato ad una Commissione dal Presidente Gallenga e dai Consiglieri Dragotti e Zevi di redigere una relazione che prospetti chiaramente e brevemente la quistione.

Detta relazione, di cui sarà estensore il prof. Zevi sarà letta alla prossima assemblea generale alla quale viene riservata ogni decisione in merito.

Costituzione del Sindacato medico fascista a Roma.

Invitati dai dottori Liebmann e Fioretti si sono riuniti nella sede del Fascio Romano di Combattimento circa trecento medici.

Tra gli intervenuti si notavano membri della Facoltà medica, come Dalla Vedova, Versari, Zeri, Chiavaro, il presidente ed il vice-presidente del Consiglio dell'Ordine Gallenga e Guidi, il consigliere della Federazione degli Ordini Lazzè e poi Roselli, Puccioni, Egidi, Nicoletti, Panegrossi, Alessandrini, Diez, Dragotti, Signorelli, Perazzi, De Luca, Farina, Pecori, Campeggiani, Ramaldi, Politi, Amante, ecc.

Il dottor Liebmann ha esposto lo scopo della riunione.

Gli avv. Sacchetti e Pirera hanno chiarite la funzione e le finalità dei Sindacati fascisti come corporazioni in difesa degli interessi nazionali e professionali.

L'on. Dudan ha portato il saluto del Gruppo parlamentare fascista e l'augurio che la più benemerita delle classi intellettuali entri nel movimento sindacale fascista.

Dopo ampia discussione, alla quale hanno preso parte Grillo, Amante, Nicoletti, Diez, Gallenga, Lazzè, Politi e dopo ulteriori chiarimenti del dottor Liebmann e degli avv. Pirera e Sacchetti si approva la costituzione del Sindacato Medico Fascista rimandando ad altra seduta la elezione del Consiglio direttivo.

Per il concorso di Grottammare.

In merito a questo concorso, che, sebbene fosse diffidato, ha raccolto 62 candidati, il dott. N. Rossi — uno degli aspiranti — fa osservare su «L'Avvenire Sanitario» che il concorso scadeva il 15 ottobre; che la diffida comparve sul «Medico Condotto» del 30 sett. e su la «Federazione Medica» del 15 ottobre, di modo che a molti era sfuggita; che, quando si vollero ritirare i documenti, il R. Commissario assicurò che la vertenza era stata composta: tutto ciò spiega l'alto numero di concorrenti e fa cadere i commenti poco benevoli che erano stati fatti sulla stampa professionale.

AVVERTENZE.

I quesiti della «Posta degli abbonati» devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali o il numero d'abbonamento od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Benemerenze di sanità pubblica. — All'abb. numero 5740, Milano:

Con R. D. 28 agosto 1867 furono istituite le *medaglie ai benemeriti della salute pubblica* le quali sono destinate a premiare le persone che si rendono in modo eminente benemerite in occasione di qualche morbo epidemico pericoloso, sia prodigando personalmente cura ed assistenza agli infermi, sia provvedendo ai servigi igienici ed amministrativi, ovvero ai bisogni materiali e morali delle popolazioni travagliate dal morbo, e massimamente quando non ne correva loro per ragione di ufficio o di professione un obbligo assoluto e specifico.

Le medaglie al *merito della Sanità pubblica* furono istituite con D. L. 7 luglio 1918, e sono destinate a premiare le persone che abbiano reso, con cospicue elargizioni o con prestazioni, segnalati servigi nel campo delle opere che interessano la igiene e la sanità pubblica in circostanza diverse da quelle considerate dal R. D. prima citato.

Le medaglie di cui ai su riferiti decreti sono concesse dal Re sulla proposta del Ministro dell'Interno, sentita una apposita Commissione.

M. C.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alezio (*Lecce*). — Scad. 6 genn. L. 5000 per 1500 pov. e L. 5 addiz. fino a 2000; indenn. tempor. per 4 anni di L. 1500 annue; L. 500 cav. per i poveri delle case sparse; c.-v.

Caserta. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta: indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

Montegallo (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 genn L. 6500 per 1000 pov., L. 2.50 addiz., L. 500 uff. san., L. 2500 cav., c.-v., età limite 40.

Palermo. *Municipio.* — 16 posti di medico-chirurgo: L. 4000 e aumenti di L. 900 fino a L. 9000 dopo 30 anni. Scad. 30 giorni dall'11 dicembre.

Porpetto (*Udine*). — Scad. 15 gen. L. 8000 oltre L. 1000 trasp., L. 500 c.-v., palazzina gratis per uso di abitaz.

Prata d'Ansidonia (*Aquila*). — L. 6000 medico, L. 500 uff. san., L. 2000 cav. Età lim. 40. Iscriz. Ord. Serv. entro 15 g. Scad. 30 g. dal 6 dic.

Quiliano (*Genova*). — Scad. 10 gen. L. 4000 (*sic*) fino a 300 pov., L. 3 addizion. fino a 1700 pov., 3 quinq. decimo, L. 200 alloggio, L. 1000 motocicl., L. 1200 c.-v., L. 500 se uff. san.

Siurgus (*Cagliari*). — Scad. 12 gen.; cons. con Donigala, L. 8200 complessive.

Udine. — Scad. 30 genn. Batteriologo capo del Labor. med.-micrograf.: L. 10.000 elevabile per passaggi di classe e aumenti periodici a L. 17.500 al compimento del 22° anno di serv.; doppio c.-v. Rivolgersi alla Segreteria municipale.

S. Croce sull'Arno (*Firenze*). — Scad. 6 genn. Per Staffoli. L. 6000 e doppio c.-v., L. 2000 trasp. senza obbl. cav., 8 trienni decimo.

Medico-chirurgo pratico servizio condotta, assumerebbe interinato a buone condizioni. Indirizzare corrispondenza: sig. Bondino Rosa - Belmonte del Sannio (Campobasso).

Medico giovane, specializzato in malattie interne, cerca buon interinato, preferibilmente Italia Centrale o Settentrionale. Scrivere: Dott. U. C., Cassetta 174, Vico d'Afflitto - Napoli.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Albairate (Milano).

Revoca di diffide: Grottammare (Ascoli), consorzio S. Gallo (Bergamo).

Concorsi a premio.

Associazione Italiana per l'Igiene.

In occasione del II Congresso Nazionale, indetto a Venezia dal 20 al 30 giugno 1923, sono banditi due concorsi nazionali a premio:

a) tipo di bagno collettivo (a 6 posti) a doccia tiepida per scuole, convitti, educandati, opifici, caserme, ecc.; Semplice, solido, economico, facilmente riparabile ed adattabile a diversi tipi di sorgente termica. Esposizione dei campioni corredati da descrizione tecnica e preventivo di spesa. Premi, diploma di 1° grado e L. 4,000; diploma di 2° grado e L. 1,500; 4 menzioni onorevoli.

b) Opuscolo di propaganda popolare di non più di 50 pagine a stampa (formato sedicesimo) sul tema: «L'Abitazione Igienica», nei suoi rapporti con la Salute e la Morale: 1° premio L. 1,500; 2° premio L. 1,000.

Per le norme, chiarimenti ed informazioni dirigersi al segretario dell'Associazione dott. Giovanni Palomba, Roma (25), via Vittorio Veneto, n. 96.

XIV premio Riberi.

La R. Accademia di Medicina di Torino apre il Concorso a questo Premio che è di L. 20.000, per lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche e tali che segnino importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono.

Sono ammessi lavori stampati, scritti a macchina, in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; e se i lavori sono stampati, questi debbono essere editi dopo il 1920.

I lavori saranno inviati in piego raccomandato in doppio esemplare all'Accademia, della quale rimarranno proprietà. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro scritto, questo dovrà essere stampato dall'autore prima che scadano i due anni dal conferimento del premio; l'ammontare di questo sarà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare del lavoro stampato

I lavori concorrenti devono risultare spediti all'Accademia non oltre il 31 dicembre 1927. In ogni caso, scorsi due mesi da quella data, il concorso si intende chiuso e non saranno accettati lavori anche se spediti in tempo utile.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Rocco Jemma è stato nominato preside della Facoltà medico-chirurgica di Napoli.

All'Ospedale Pontificio di S. Maria in Roma è stato nominato chirurgo, con rescritto pontificiale, il dott. comm. Alfredo Ramoni.

La Commissione giudicatrice del concorso per direttore del Sanatorio Civile della Venezia Giulia, sotto la presidenza del prof. Lustig, presidente dell'Opera Nazionale, ha dichiarato vincitore del concorso il dott. Federigo Bocchetti, capitano medico, attualmente direttore del Sanatorio militare di Anzio.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Ernesto Paparcone, oculista primario dell'Ospedale San Giovanni di Dio in Firenze; dott. Giuseppe Pollini, di Milano.

Cavalieri: dott. Carlo Mazzolani, dermosifilografo primario dell'Ospedale Maggiore di Cremona.

NOTIZIE DIVERSE.

XI Congresso Internazionale di Fisiologia.

Avrà luogo a Edimburgo dal 23 luglio al 27 luglio.

Si pregano coloro che intendono iscriversi come membri, d'inviare nome, titolo ed indirizzi, insieme alla quota d'iscrizione (25 scellini), alla signorina Charlton (Department of Physiology, University Edinburgh) la quale fornirà, a richiesta, informazioni intorno ad alberghi ed alloggi, ecc. I prezzi di pensione a Edimburgo durante la settimana del Congresso saranno da tre lire sterline in più, secondo il tipo d'alloggio desiderato.

III Congresso Italiano di psicologia.

Si è svolto a Napoli dal 25 al 27 novembre u. s.; vi furono fatte importanti relazioni e comunicazioni di Colucci, De Sanctis, Gemelli, Sciutti (sulla psicopatologia della scrittura), Bonaventura, Kiesow, Galdo, Ferreri, Della Croppa, ecc. In uno degli ordini del giorno approvati si fanno voti al Ministero della P. I. perchè definisca e integri rapidamente e nettamente, anche dal punto di vista legislativo, la questione degli anormali, sensoriali e psichici; in un altro si fanno voti ai ministri della guerra e della marina perchè nella Scuola di Sanità militare sia istituito apposito insegnamento di psicologia, che metta in grado gli ufficiali medici di praticare le indagini psicologiche negli Uffici di reclutamento, nei Corpi e negli Ospedali. Fu votato un plauso al prof. Colucci, ideatore e animatore del Congresso. A prossima sede fu scelta Firenze.

Corso pratico di perfezionamento in Clinica Dermosifilopatia.

Avrà luogo presso la Clinica Dermosifilopatica dell'Università, di Roma; avrà la durata di tre mesi e si inizierà il 15 gennaio; il numero dei posti è limitato a trenta.

Saranno impartiti insegnamenti dai proff. A. Ducrey e G. Garibaldi e dai dottori C. Ducrey e S. Riva. Sono ammessi i laureati di Università estere. Tassa di L. 250.30; sopratassa di L. 79.20; per il diploma L. 21.00.

L'esposizione di fotografia scientifica a Torino.

Sta preparandosi a Torino per la prossima primavera una esposizione internazionale di fotografia, ottica e cinematografia, con una sezione dedicata alla fotografia applicata alla scienza. Questa ultima sarà allestita sotto le direttive di una Commissione di cui fanno larga parte studiosi delle discipline biologiche; è stato formulato un programma secondo il quale potranno essere illustrate tutte le più importanti e moderne applicazioni della fotografia alla biologia, nei campi della medicina, della zoologia, della botanica, ecc.

I proff. Bertolotti e Ponzio sono commissari per la classe radiografica.

Prosegue attivissimo il lavoro di organizzazione della Mostra, la quale è posta sotto l'alto patronato del Re ed è presieduta dall'on. Teofilo Rossi.

Cinematografie scientifiche e di propaganda.

Il sig. Carlo Festa va organizzando in Italia un'Associazione per favorire l'edizione e lo scambio, gratuito per i soci, di cinematografie ad uso di studio per qualsiasi disciplina possa essere documentata dalla pellicola.

L'Associazione costituenda non ha mire speculative: e per questo essa deve avere l'appoggio fattivo di tutti coloro che possono aumentare l'archivio sociale con *films* o di positive, o vogliono, per lezioni, conferenze o per i proprii studii, in prestito il materiale cinematografico sociale.

Tutti i professionisti cui il suaccennato progetto può interessare, sono pregati di volersi mettere in comunicazione con la Direzione provvisoria dell'Assoc. Internaz. *Cinema Docet*, scrivendo personalmente al sig. Festa a Sturla (Genova), via Caprera, 28. Chi avesse diapositive o *films* favorisca mandare una copia su carta, degli esemplari cedibili all'archivio.

Nuovi periodici.

Era vivamente sentito in Italia il bisogno di un periodico di propaganda igienica, il quale diffondesse nelle famiglie le nozioni più essenziali relative alla tutela della salute. Risponde pienamente a tale scopo «La salute e l'igiene nelle famiglie», diretto dal dott. Eschilo della Seta e di cui è redattrice-capo la dott.a Elena Fambri; il primo numero è redatto con garbo, con efficacia e con senso d'arte ammirevoli: offre le migliori garenzie per l'avvenire. I medici possono consigliare

con fiducia questa pubblicazione, che risponde ad alte finalità sociali e che ha il pregio di non volersi sostituire all'opera del medico, ma anzi di avvalorarla e d'insegnare a richiederla tempestivamente.

L'abbonamento annuo importa L. 12 (per i medici L. 10); gli uffici hanno sede in Roma (10), piazza del Popolo 18.

***

Dall'Istituto Röntgen-radiumterapico annesso ad uno dei più importanti nosocomi italiani, l'Ospedale Maggiore di Torino, viene pubblicato un «Diario Radiologico per il Medico pratico», a periodicità bimestrale, inteso a far conoscere ed apprezzare le molteplici applicazioni della radiologia in tutto il campo medico. Queste applicazioni divengono sempre più numerose e più vaste, tanto che la radiologia dev'essere considerata, dice il Bertolotti, con una *disciplina sistematica* anzichè come una *specialità*.

Il periodico è diretto dal Bertolotti, dirigente l'Istituto, il quale conta ormai sedici anni di vita attiva e dispone di larghi mezzi; ne è condirettore il sen. Pescarolo; ne sono redattori i dott. Boidi-Trotti e Lupo; si vale dell'opera di tutto il personale medico dell'Ospedale. Si raccomanda caldamente a tutti i pratici. L'abbonamento importa L. 15 annue; richieste all'Istituto (Torino, via Cavour, 29).

***

«L'Idea Sociale» è un nuovo periodico quindicinale destinato in larga parte allo studio dei problemi d'assicurazione (infortuni, malattie, invalidità e vecchiaia, ecc.). Si pubblica a Como (via Baulli, 27); abbon. annuo L. 4.

La celebrazione del medico caduto in guerra.

Il Comitato Esecutivo, con rappresentanza dei Medici civili, la R. Marina, la C. R. S. ed il S. M. O. M., riunitosi il 14 e 15 dicembre 1922 al Ministero della Guerra, presso il Direttore generale della Sanità Militare, gen. Della Valle, ha votato il seguente ordine del giorno:

«Poichè le spese per il monumento, l'albo d'oro, e le onoranze tutte saranno rilevantissime occorre intensificare l'opera di propaganda presso la stampa politica e medica, gli enti sanitari, i medici civili, ecc., ecc., affinchè versino doverose e generose oblazioni, così come è stato fatto dai medici militari».

Inoltre si è discusso sulla sede ove dovrà sorgere il monumento, che, per ora, resta stabilità Firenze.

Circa l'albo d'oro, dato l'enorme costo della pubblicazione, s'è deciso di dividerlo in due parti: la prima sarà dedicata ai soli Medici «caduti» in guerra, con fotografie e dati biografici e caratteristici, la seconda parte, che comprenderà i soli nomi, sarà dedicata ai Medici morti per malattie comuni in Zona territoriale.

La prossima riunione avrà luogo in Roma il 28 febbraio 1923.

Atti del 2° Congresso internazionale di Eugenica.

Sono attualmente in corso di stampa presso la William & Wilkins Company (Baltimora, S. U. d'A.: Mount Royal and Guilford Avenues); comprenderanno 2 volumi dei quali il primo tratta della eugenica in generale e sulle famiglie, il secondo dell'eugenica nella razza e nello Stato. Possono inviarsi prenotazioni fino al giorno 8 gennaio al prezzo di dollari 5 ogni volume o di dollari 9 per i due volumi; il prezzo normale sarà rispettivamente di dollari 6 e 11. Il pagamento verrà eseguito a pubblicazione avvenuta.

Una truffa a danno dei nostri abbonati.

Riportiamo da «L'Epoca» di Roma:

Da vari giorni un individuo elegantemente vestito si presentava nelle abitazioni dei medici residenti nella capitale ed offriva abbonamenti alla rivista «Il Policlinico» e ad altri giornali interessanti la classe medica.

Lo sconosciuto era riuscito ad ottenere numerosissimi abbonamenti, dei quali aveva rilasciato... *regolari* quietanze da grosso bollettario, ed aveva, di conseguenza, intascato complessivamente una somma di danaro tutt'altro che disprezzabile.

Senonchè, trascorsi vari giorni senza che i suddetti giornali pervenissero agli abbonati, qualcuno cominciò a nutrire dei sospetti e vennero richieste spiegazioni in proposito alla direzione della rivista «Il Policlinico».

Si seppe così che tanto la direzione di questa rivista, quanto quelle degli altri giornali, avevano mai inviato un loro incaricato ad offrire abbonamenti.

Il fatto venne denunciato all'Ufficio di P. S. di Trevi ed il vice-questore cav. Conti incaricò delle opportune indagini il vice-commissario avv. Ariemma.

Il giovane e attivissimo funzionario si mise subito all'opera e dopo una lunga serie di difficili ricerche e di appostamenti, riuscì a rintracciare ed a trarre in arresto l'abile truffaldino. È egli certo De Regis, non meglio identificato; dopo un lungo interrogatorio venne inviato a *Regina Coeli*.

HEINRICH OBERSTEINER, l'uomo che gigante fra i pionieri della Neuropatologia, usciva dalla scuola del più geniale ricercatore delle nostre discipline, Teodoro Meynert, da poche settimane non è più.

In quell'Università Vindobonensis, che nel secolo decimonono fu davvero l'alma parens dei più dotti rappresentanti delle scienze mediche, egli volle e seppe creare *ab imis fundamentis*, un vero e proprio Istituto di ricerche sul sistema centrale nervoso. Chiunque sia entrato in quel cenacolo della scienza, non può reprimere le sue meraviglie dinanzi alle decine di migliaia di preparati che Obersteiner ha lasciato in eredità agli studiosi. Là affluivano da tutti i paesi di Europa, dall'America, dal Giappone, dall'Egitto, quanti desideravano un serio indirizzo nello studio della fabbrica grossa e minuta del tessuto nervoso, sano e malato. A mo' di Wernicke e di Meynert — i due geni tutelari delle nostre discipline — Obersteiner concepì in

senso quanto mai lato lo studio della neuropatologia. Sviluppo di questa o di quella zona dell'encefalo, decorso dei fasci a traverso le varie vescicole encefaliche, fine struttura delle cellule e delle fibre nervose, morfologia comparata dei giri, dei solchi e di tutte le strutture interiori, alterazioni di non so più quante malattie nervose — ricordo la classica memoria sulla tabes pubblicata insieme al suo prediletto allievo E. Redlich — tali, per *summa capita*, gli argomenti che pullulano in ogni volume dei suoi «Arbeiten».

Monumento indelebile di un periodo storico, questi «Arbeiten» non avranno, auguriamocelo, fine, anche in mezzo agli spasmi della fame, fra cui, come un leone ferito, si dibatte la scienza germanica. Tenacia e amore al sapere sono sangue e carne dei popoli giovani. E poichè le pure analisi non sono sempre sufficienti a darci un concetto del progresso biologico, volle Obersteiner riassunte le conoscenze dei suoi tempi in un manuale di Anatomia dei centri nervosi, che, tradotto in più lingue, ebbe l'onore di non so quante edizioni. A questa fonte attingemmo noi tutti, e i neuropatologi italiani dovrebbero essergli particolarmente grati, ricordando che nelle pagine di quel libro egli, patriota austriaco, rivendicava al nostro Gennari la scoperta di quella stria lineola admodum albidior, dell'area striata, attribuita erroneamente dagli anatomici a Vicq-d'Azyr.

La sua fine ha un aspetto tragico. Ricco proprietario di uno dei più bei Sanatori di oltre Alpi, Obersteiner ha veduto, nell'ora del tramonto, la miseria economica della sua patria battere anche alle sue porte. Forse, in mezzo alle sofferenze fisiche, sospettando di essere ajutato, come lo fu, dall'obolo segreto dei suoi fedeli scolari, dovè esclamare: *cursum infeliciter consumavi!*

G. MINGAZZINI.

Si è spento il prof. EUGENIO FICALBI, direttore dell'Istituto di Zoologia anatomica presso la R. Università di Pisa. È notissima nel mondo medico la parte avuta dal Ficalbi, grazie ai suoi importanti studi sulla sistematica e sulla distribuzione dei culicini, nella scoperta del compito eziologico che spetta agli anofeli nella trasmissione della malaria umana. *p.*

È morto a Padova il prof. AUGUSTO BONOME, direttore dell'Istituto di anatomia patologica di quella Università. Ne daremo prossimamente un cenno biografico redatto per noi dal prof. Dionisi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Sc. Méd. de Lille, 22 otto. — H. LAVRAND. — Rinometria e microrganismi dell'aria espirata.

Folia Medica, 15 ott. — F. Z. FANELLI. Precipito-reazione e auto-siero-reazione nella infezione tubercolare.

Tropical Diseases Bull., ott. — W. YORKE. Patologia della febbre emoglobinurica.

Presse Méd., 21 ott. — EM. SERGENT. Diagnosi di localizzazione delle lesioni polmonari e pleuriche.

British Med. Journ., 21 ott. — L. MACKY. Batteriologia e vaccinoterapia della bronchite cronica.

Lancet, 21 ott. — W. HARRIS. Neurite periferica multipla.

Mediz. Klinik, 22 ott. — E. STOLZ. La cosidetta nefrosi pneumococcica.

Deut. Mediz. Wochens., 20 ott. — I. BOAS. Un quadro sintomatico della dispepsia psicogena. — K. BECKMANN. Variazioni temporali nella fisiologia e patologia umane. — F. HISCHFELD. Sintomi di sovraffaticamento dei reni malati.

Indice alfabetico per materie.

Anemia perniciosa: casistica . . . . . *Pag.* 7
Animali domestici e malaria . . . . . » 30
Arsenobenzoli nella terapia della neurosifilide . . . . » 26
Assicurazione malattie: in tema di — . » 33
Bibliografia . . . . » 25
Bocca: alterazioni in gravidanza e puerperio . . . . » 13
Clisteri nutritivi . . . . » 32
Cocainomane: diario e autopsia . . . . » 26
Cronaca del movimento professionale . . » 33
Digitale nei cardio-renali . . . . . . » 29
Edema polmonare nefritico: trattamento con la legatura degli arti . . . . . » 28
Ematurie: le grandi — nella idronefrosi » 27
Ematurie renali e nefralgie ematuriche . » 27
Encefalite epidemica: fenomeni d'inversione . . . . » 2
Ipertensione: patologia . . . . » 21
Leucopenia vagotonica: riflesso addominale del vago . . . . *Pag.* 30
Malattie croniche: decorso in rapporto alle macchie solari . . . . » 32
Pancreas accessorio: reperto . . . . . » 26
Pielocistite: autovaccini . . . . » 28
Prostatismo giovanile . . . . » 27
Radiologia: uso ed abuso . . . . » 24
Reni: infarto asettico . . . . » 28
Rivendicazioni: sindrome di Gradenigo e canale di Dorello . . . . » 21
Sangue: coagulazione rapida nei prelevamenti a scopo diagnostico . . . . . » 31
Taenia solium: cura in gravidanza . . . » 31
Tumore della glandola tiroidea: casistica » 22
Urine emesse di giorno e di notte: valore diagnostico del rapporto volumetrico . » 27
Urine: reazione della fenilidrazione dopo somministrazione di arsenobenzoli . . » 26
Vitamine e attivatori biologici . . . . » 29

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 8 Gennaio 1923 Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Pansini: Sulle modificazioni indotte dal tempo nei sieri in rapporto alla reazione Wassermann.
Note e contributi: R. Monteleone: Le iniezioni intravenose di cloruro di calcio contro il vomito e la diarrea dei tubercolosi.
Osservazioni cliniche: A. Di Blasio: Pielotomia per calcolosi renale.
Questioni del giorno: Sulla radioterapia della malaria.
Sunti e rassegne: MEDICINA: L. Michaelis: L'importanza della chimica fisica nella medicina interna. — CHIRURGIA: Staffel: Anestesia parasacrale, specialmente per l'amputazione e resezione del retto. — F. Nassetti: L'autoplastica delle membrane peritiflocoliche secondo Taddei. — NEUROLOGIA: Roger e Pourtal: Il torcicollo spasmodico.
Rivendicazioni: A. Ascoli: Quale parte spetta a Carlo Moreschi nella reazione della deviazione del complemento?
Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Fegato e vie biliari: Ittero catarrale. — Il carcinoma primario della cistifellea. — La colecistite cronica non calcolosa. — Recidiva dei sintomi dopo rimozione di calcoli biliari. — Forme pseudo cristalline di calcoli biliari. — Funzioni della cistifellea. — La distruzione dei pigmenti biliari causata da germi intestinali della putrefazione, anerobi. — SEMEIOTICA: Sulla sensibilità dell'addome alla pressione. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA: La prima descrizione della paralisi progressiva. — I sintomi della cavia.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Amministrazione sanitaria. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Concorsi.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PRIMA CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. sen. A. CARDARELLI.

Sulle modificazioni indotte dal tempo nei sieri in rapporto alla Reaz. Wassermann (1)

per il dott. GIROLAMO PANSINI, assist. volont.

I risultati alcune volte discordi che si ottengono di Wassermann praticati sullo stesso siero da diversi analisti, l'imprecisa conoscenza del fenomeno onde la Wassermann trae la sua origine, ha indotto me dietro consiglio ed incoraggiamento del prof. Cantani, che gentilmente mi ha offerto la maggior parte del materiale di studio, a sperimentare il comportamento dei sieri conservati più o meno a lungo, ed in diverse condizioni di fronte alla R. W.

L'importanza pratica che ha assunto ormai tale reazione, i servizi indiscussi che rende alla conoscenza etiologica di multiformi malattie, che prima erano attribuite a cause varie e vaghe, specialmente quando anche con l'osservazione rigorosa di un competente sifilografo, non si potesse stabilire una precedente infezione luetica, il suo trionfo di fronte alle nuove reazioni sierologiche per la sifilide, i cui autori, non riconoscendo alcun carattere di specificità alla R. W., hanno diffuso nella speranza di poter dare ai pratici un mezzo diagnostico più semplice, più rapido, e più preciso, inducono da una parte a non abbandonare nel campo della pratica la R. W., e dall'altra a studiare a fondo quelle cause, che alle volte possono modificarne il risultato.

I fattori che possono indurre modificazioni nella R. W. sono molti, e tanto più in quanto le conoscenze che noi abbiamo sui diversi componenti che fanno parte della reazione sono molto imprecise. Onde io credo che molta sarebbe l'utilità pratica, se col contributo sperimentale si arrivassero a conoscere, e a poter quindi eliminare le cause che possono modificare la reazione.

La differenza di risultati nella R. W., dice il Bruck, non dipende tanto dalla tecnica adoperata, quanto dai diversi periodi di tempo, e dalle diverse circostanze interposte fra il momento in cui si trae il sangue e quelli in cui si fa la ricerca, donde possono venire modificazioni che trasformano la reazione. Ed egli trova che la ricerca di tali modificazioni abbia molto maggiore importanza pratica, che tutti gli sperimenti miranti a ricercare l'essenza vera, onde la reazione s'informa.

(1) Consegnato in redazione addì 12 agosto 1922.

La specificazione dei limiti di tempo entro il quale un siero debba essere esaminato, è perciò di grande importanza pratica.

Ho così stabilito una serie di esperimenti, di cui espongo succintamente i risultati nella speranza di arrivare a fissare, attraverso la conoscenza delle eventuali modificazioni che il tempo e le circostanze potessero addurvi, alcune indicazioni pratiche nella esecuzione della R. W.

Ho cominciato con l'esperimentare dei sieri luetici W. positivi.

Questi sieri inattivati a 56 per mezz'ora furono conservati in ghiacciaia ed esaminati in rapporto alla R. W. fra i 15 ed i 60 giorni dopo il primo esame.

TABELLA I (1).

Sieri	Emolisi	Giorni decorsi dal primo esame	Emolisi
12	—	15	—
13	—	fra i 15 e 30	—
19	—	„ 30 e 40	—
24	—	„ 40 e 60	—

Dal primo esperimento riportato nella precedente tavola risulta che:

Sieri separati dal coagulo nel più breve tempo, inattivati per mezz'ora a 56, e W. positivi, conservano a lungo tale proprietà senza alterarsi.

Credetti necessario pure di osservare il comportamento dei sieri luetici, e W. positivi, dopo averli trattenuti più o meno a lungo a contatto del coagulo sanguigno. Perciò una volta ottenuta la separazione del siero dal coagulo ne prelevai una parte, che esaminai subito in rapporto alla R. W. e tenni il resto a contatto del coagulo fino a 5 giorni, in ghiacciaia di estate, e di inverno a temperatura ambiente.

Senza che riporti i risultati singoli posso affermare che:

Sieri luetici W. positivi anche mantenuti per parecchi giorni in presenza del coagulo, conservano la proprietà di deviare il complemento.

(1) In tutti gli esperimenti ho adoperato dosi scalari di siero in esperimento, come di antigeno e complemento e cioè: 0.2 s. 0.2 a. 0.2 c.; 0.1 s. 0.1 a. 0.1 c.; 0.1 s. 0.1 a. 0.05 c.; oppure 0.06 c. secondo il p. e. del c., più il gruppo emolitico nella quantità di 2 cc

Da questi due primi esperimenti risulta perciò che:

Sieri luetici W. positivi non perdono la proprietà di deviare il complemento, anche se conservati a lungo o mantenuti per più giorni a contatto del coagulo.

***

Mentre i sieri positivi conservano costante la loro proprietà di reagire, importanti invece sono le modificazioni che possono sopravvenire nei sieri negativi o di dubbia reazione in rapporto alla R. W.

Nella II tabella riporto i risultati di alcuni sieri separati dal coagulo al più presto, inattivati e mantenuti in ghiacciaia per un tempo variabile dai 7 ai 50 giorni, cercando di evitare in tutte le operazioni ogni possibile inquinamento. Ed infatti tranne che qualche rara volta non ebbi mai ad osservare l'inquinamento dei sieri.

TABELLA II.

Sieri	Emolisi	Giorni decorsi dal primo esame	Emolisi +	Emolisi ±	Emolisi —	
7	+	fra i 7 e 10	4	3	0	
22	+	„ 10 e 15	8	12	2	
1	+	„ 8	0	0	1	(1)
9	+	„ 15 e 30	2	6	1	
15	+	„ 30 e 40	3	10	2	
13	+	„ 40 e 50	2	7	4	
8	±	„ 10 e 20	0	5	3	
3	±	„ 20 e 40	0	0	3	

Dagli esperimenti riportati risulta chiaramente, che:

Sieri W. negativi separati al più presto dal coagulo, e subito inattivati, col passare del tempo acquistano la tendenza di trasformarsi in W. positivi, o per meglio dire di deviare il complemento.

Tale tendenza non è uguale per tutti i sieri, nel senso che in alcuni si manifesta *prematuramente*, in altri *a maggiore distanza di tempo*.

Fra tutte le prove la inibizione di emolisi compare più *rapidamente* lì dove è minore la quantità di complemento.

Questi miei risultati non concordano perfettamente con quelli di altri autori, che hanno fatto esperimenti simili ai miei.

(1) Il siero era alterato.

Il Douris comunicò nel 1918 le modificazioni che lui aveva notate in sieri normali o sifilitici sotto l'influenza del tempo, ed arrivò alle conclusioni che:

1° Il treponema pallido determina nel siero dei sifilitici delle modificazioni analoghe a quelle che il tempo determina nel siero normale;

2° L'età del siero è un fattore di cui bisogna tener conto nella R. W.;

3° Il fenomeno di trasformazione di un siero da negativo in positivo è comune per tutti i sieri;

4° Il tempo in cui tale trasformazione si compie varia da un siero all'altro ed avviene in generale nello spazio di 21 giorni.

Sorvolo di proposito sulle conclusioni di diversi altri sperimentatori, che di passaggio nei loro lavori parlano di tali modificazioni; e riporto, perchè in perfetta contradizione con le conclusioni del Douris, quelle del Parodi, che ha recentemente pubblicata una lunga serie di esperimenti in proposito.

Egli afferma che i sieri W. negativi sterilmente raccolti e conservati, per un periodo di tempo assai lungo (dai 29 ai 92 giorni), e sottoposti successivamente alla R. W., risposero a questa prova in modo costantemente identico a quello secondo il quale avevano risposto subito dopo, o breve tempo dopo il prelievo del campione.

La ricerca del fatto vero in simili esperimenti è una cosa molto difficile. Soltanto ulteriori ricerche potranno fissare con maggiore precisione i fatti. Certo che le conclusioni di entrambi gli autori su ricordati, a me sembrano troppo categoriche.

Il Douris non avrebbe osservato che modificazioni positive di sieri assolutamente negativi nei precedenti esperimenti, ed avrebbe trovato pure il termine massimo in cui tale modificazione si compie.

Il Parodi invece, che pure ha spinto i suoi esperimenti fino a 92 giorni dopo la presa del sangue non avrebbe trovata alcuna modificazione.

Le mie ricerche invece, dimostrando una certa tendenza dei sieri negativi a trasformarsi in positivi in rapporto alla R. W. giungono a conclusioni meno categoriche. A questo proposito ricordo che anche il Martelli, nella sua recente pubblicazione sulla R. W., riporta incidentalmente il fatto di modificazioni che i sieri possono subire sotto l'influenza del tempo, trasformandosi da negativi in positivi.

Non mi fermo per ora a discutere sulla importanza del fenomeno e sulla natura di esso, e cioè se attribuirlo a processi di modificazione del siero per l'influenza del tempo, del tutto simili a quelli apportati dal virus sifilitico, ritornerò sul fenomeno in altra parte del mio lavoro.

Per ora invece intendo approfondire la ricerca onde portare alla conoscenza del fenomeno il più vasto contributo.

***

Dalla tabella n. II si rileva che l'unico siero che dette inibizione di emolisi a pochi giorni di distanza dalla prima prova, era alterato nelle sue qualità fisiche. Esso cioè presentava un certo intorbidamento con la formazione di una sottile pellicola superficiale, e la precipitazione di alcuni minuti corpuscoli come granuli. Cercai allora di ottenere dei sieri similmente modificati, e pensando che l'alterazione subita dal siero potesse essere dovuta ad eventuale inquinamento batterico, o a fenomeni di putrefazione, stabilii diversi esperimenti.

Alcuni sieri W. negativi sterilmente raccolti e subito inattivati, li lasciai a temperatura ambiente, per un periodo di tempo variabile fra i 5 ed i 40 giorni, ed ebbi cura di non proteggerli nemmeno dall'azione della luce solare diretta.

Tali esperimenti mi dettero i seguenti risultati:

Tabella III.

Sieri	Emolisi	Giorni decorsi dal primo esame	Stato fisico dei sieri	Emolisi +	Emolisi ±	Emolisi —
8	+	fra i 7 e 1	5 ben conservati	3	1	1
			3 legg. torbidi	1	1	1
9	+	„ 15 e 25	4 legg. torbidi	1	2	1
			5 più torbidi e densi	1	1	3
2	±	„ 9	2 abb. ben cons.	0	0	2
7	+	„ 25 e 30	1 ben conserv.	0	1	0
			3 torbid. ed add.	0	0	3
			3 con precipit. e formaz. di pellic.	0	0	3
4	+	„ 25 e 30	solidific. e ripresi sol. fis.	1	0	3

Da questi esperimenti risulta che:

Sieri W. negativi conservati alla temperatura ambiente, subiscono delle modificazioni rispetto alla W. che in parte sono individuali,

in parte son dovuti all'effetto delle modificazioni fisiche che il tempo apporta sui medesimi (essiccamento, putrefazione) (1).

In generale si può dire che *il processo di modificazione da negativo a positivo dei sieri conservati alla temperatura dell'ambiente e sotto l'influenza diretta della luce è più rapido; e tale modificazione si rende più completa per quei sieri che, conservati più o meno a lungo, sotto l'influenza di temperature più o meno alte abbiano subìto un processo di evidente modificazione fisica.*

***

Per maggiore precisione ho voluto approfondire la ricerca per stabilire quanta parte nella modificazione subìta dai sieri potessero avere gli eventuali inquinamenti, con consecutiva putrefazione, e lo stato di disseccamento per la influenza del tempo o della temperatura.

Stabilii perciò un'altra serie di esperimenti. Di alcuni sieri sterilmente raccolti, inattivati a 56° per mezz'ora, e risultati W. negativi, li divisi in due provette; una per ciascun campione di siero conservai in ghiacciaia, l'altra mantenni nell'ambiente. Per queste ultime ebbi cura per alcune di esse di evitare assolutamente l'inquinamento accidentale, per altre invece di favorire l'inquinamento trascurando nelle diverse manipolazioni le regole di asepsi. Ed ho preferito tale maniera di inquinamento a quella diretta fatta con culture batteriche dal Nathan (ed altri autori), perchè a me pare che sia quella che più facilmente si possa stabilire durante le diverse manipolazioni per l'esecuzione della R. W., mentre l'altra, quella del Nathan, mi pare troppo artificiale, e perciò, per quanto importante dal punto di vista sperimentale e scientifico, per altro priva di interesse dal lato pratico.

Dagli esperimenti riportati nelle due tabelle seguenti risulta chiaro che:

Sieri W. negativi, per effetto della precipitazione, della maggiore concentrazione in seguito all'essiccamento subìto alla temperatura ambiente e per effetto dell'inquinamento batterico aspecifico, subiscono modificazioni tali da trasformarsi più facilmente da negativi in positivi.

Tale trasformazione è più rapida e più completa per i sieri inquinati, meno per i sieri precipitati, e meno ancora per i sieri disseccati.

La trasformazione di un siero W. negativo, in W. positivo per effetto dell'inquinamento fu osservato già da Hara nel 1913 e successivamente poi confermato da Hirschfeld e Klinger, Nathan, e poi recentemente da Takaatsu Kytoku, i quali affermano che la produzione di sostanze anticomplementari in un siero è favorita dalla presenza di stafilococchi e batteri diversi. Hubschmann invece sostiene che l'inquinamento batterico può dare emolisi non specifiche, mentre che il risultato dei sieri raccolti e conservati sterilmente non si modifica. Ragion per cui l'autore raccomanda vivamente di usare ogni cura per evitare gli inquinamenti.

TABELLA IV.

Sieri	Emolisi	Giorni decorsi dal primo esame	Conservati in giacciaia emolisi +	±	−	Temp. amb. stato fisico	Emolisi +	±	−
5	+	fra i 7 e 10	4	1	0	3 ben conser. 2 alq. torb.	1 0	2 2	0 0
10	+	„ 10 e 20	3	6	1	2 disc. cons. 5 legg. prec. 3 dissec. e ripr. sol. fis.	1 0 0	0 2 2	1 3 1
9	+	„ 20 e 30	2	5	2	2 disc. cons. 2 notev. prec. 5 dissecc.	0 0 2	1 0 2	1 2 1
7	+	„ 30 e 35	1	4	2	2 not. prec. 5 dissecc.	0 1	0 3	2 1
2	±	„ 5	0	1	1	2 ben cons.	0	1	1

TABELLA V.

Sieri	Emolisi	Giorni decorsi dal primo esame	Conservati in ghiacciaia emolisi +	±	−	temp. amb. inq. emolisi +	±	−
5	+	fra i 5 e 7	4	1	0	1	1	3
9	+	„ 7 e 15	4	4	1	0	5	4
3	+	„ 15 e 23	0	2	1	0	0	3
5	+	„ 25 e 30	1	3	1	0	1	4

(1) Gli esperimenti riportati nelle varie tabelle non furono compiuti tutti nello stesso giorno. Per i sieri riportati nella tabella III è necessario notare che essi subirono modificazioni fisiche diverse non solo a seconda del tempo per cui furono conservati, ma anche per influenza diversa della stagione, in cui gli esperimenti furono fatti. E così quelli conservati di estate subirono processi di modificazione più rapidi e più cospicui.

***

Esauriti così gli esperimenti per conoscere le modificazioni indotte dal tempo nei sieri, volli confrontare anche per i sieri negativi alla W., il loro comportamento dopo un lungo contatto col coagulo sanguigno.

E però istituii, come al solito, delle ricerche comparative nel senso che del siero in esame ne separai subito una parte che esaminai di fronte alla R. W., e lasciai l'altra in presenza di coagulo per un numero vario di giorni che non superò mai i 6 o 7 conservandoli in ghiacciaia, o alla temperatura ambiente. Nell'esperimento però tralasciai quei sieri che, per effetto della conservazione in presenza del coagulo, avevano subìto profonde modificazioni (forte emolisi, putrefazione evidente, ecc.).

Tabella VI.

Sieri	Emolisi	Giorni di conservazione col coagulo	Stato di conservazione	Emolisi +	Emolisi ±	Emolisi +
3	+	3	2 ottime condizioni	2	0	0
			1 liev. opal.	1	0	0
2	+	5	2 discr. emolisi	0	2	0
1	±	4	1 discr. emolisi	0	0	1
5	+	6	2 emolizzati	2	0	0
			3 emol. e torbidi	1	2	0

Da questi esperimenti risulta perciò che anche la permanenza a lungo in presenza del coagulo può modificare la reazione di un siero nel senso che:

Sieri W. negativi lasciati per parecchi giorni in presenza di coagulo, se si mantengono macroscopicamente in buono stato, assumono la tendenza a trasformarsi in W. positivi; mentre che tale tendenza è più marcata per quei sieri che hanno subìto un'evidente modificazione fisica.

Anche il Bruck constatò delle modificazioni in riguardo alla R. W. dei sieri conservati a lungo in presenza del coagulo, ed il Mandelbaum nel suo lavoro sul perfezionamento della R. W., conclude che i sieri devono essere esaminati breve tempo dopo di aver cavato il sangue.

***

In appendice ai succitati esperimenti mi piace pure riportare i risultati di un esperimento preliminare e che formerà l'oggetto di un altro mio lavoro.

Alcuni sieri separati al più presto dal coagulo ed immediatamente inattivati per mezz'ora a 56° ho diviso in vari tubi, di cui alcuni ho diluito in soluzione fisiologica, altri invece ho lasciato allo stato naturale, ed ho tutti mantenuti in ghiacciaia per 4 giorni. Nella prova della reazione W. ho avuto i seguenti risultati:

Tabella VII.

Siero	Emolisi	Dopo 4 giorni — Diluito Emolisi	Dopo 4 giorni — Non diluito Emolisi
N.° 5495	+	+	+
N.° 5493	+	±	+
N.° 5494	+	±	+

Da questo esperimento preliminare si vede come anche *la permanenza del siero in diluizione con soluzione fisiologica può influire per una modificazione della R. W.*

Considerazioni.

Non saprei chiudere il mio lavoro senza rispondere ad alcune domande che io stesso mi son fatto, guardando i risultati dei miei esperimenti, e che certamente il lettore ripeterà a se stesso:

1° Come si spiega, al lume delle nostre conoscenze, la tendenza dei sieri di individui non sifilitici e W. negativi a trasformarsi in W. positivi sotto l'influenza del tempo e di agenti diversi?

2° Quale è il posto che la R. W. occupa fra le così dette reazioni immunitarie?

3° Quale che sia la sua natura, che importanza ha essa nella pratica clinica?

1° La tendenza che i sieri W. negativi vanno assumendo col tempo di trasformarsi in W. positivi deve essere legata essenzialmente a modificazioni che il tempo stesso induce nei sieri. L'invecchiamento, l'intorbidamento, la concentrazione che subiscono per lenta evaporazione, l'inquinamento batterico accidentale nelle varie manipolazioni, la presenza di derivati corpuscolari (emolisi, principi di putrefazione, ecc.), sono momenti tali da fare subire modificazioni fisico-chimiche ai sieri apprezzabili in parte ai nostri occhi, e capaci d'altra

parte di distruggere parzialmente o totalmente il complemento.

Il Douris già precedentemente citato arriva alle conclusioni che già conosciamo sulle modificazioni indotte dal tempo nei sieri Wassermann negativi.

Il Mandelbaum conclude affermando la necessità di sottoporre i sieri alla reazione nel più breve tempo possibile. Ugualmente il Bruck riconosce l'importanza al tempo che passa fra la estrazione del sangue ed il momento in cui si esegue la reazione, e dà grande valore a tutte le circostanze che in tale periodo di tempo possono sopravvenire a modificare la reazione stessa.

E così similmente dagli esperimenti di Hara, Nathan, Gloor e Klinger, Takaatsu, Kyotoku risulta che agenti diversi (come inquinamento batterico, scuotimento, agar, caolino, inulina) sono capaci di indurre modificazioni positive di un siero già Wassermann negativo. Il Parodi invece nella sua recente importante monografia sul potere anticomplementare dei sieri conservati afferma categoricamente di aver visto sempre nei sieri W. negativi conservati a lungo il medesimo risultato di fronte alla reazione Wassermann.

Le ricerche di quest'ultimo A., molto importanti dal lato scientifico perchè fatte su un numero enorme di sieri, rimangono però senza conferma, onde io credo che, con l'autorità di numerosi esperimentatori che mi hanno preceduto, ed in base ai risultati dei miei esperimenti, posso concludere che:

Il tempo, come condizioni diverse (inquinamento, putrefazione, ecc.), presenza di sostanze estranee (caolino, agar, ecc.), sono capaci di indurre modificazioni tali del siero, che questo tende a trasformarsi da W. negativo a W. positivo, e che: tale tendenza è tanto più manifesta quanto più è evidente lo stato di modificazione qualitativa del siero stesso.

A spiegare tale fenomeno non possiamo certo invocare una reazione di specificità fra antigene ed anticorpo che dia la fissazione del complemento. Ed infatti non troviamo in questa reazione nessun elemento che richiami sia pure lontanamente alla mente la reazione immunitaria di specificità. Quale sarebbe nel nostro caso l'antigene? Forse l'estratto di fegato sifilitico, del quale io mi sono sempre servito in tutti gli esperimenti? E pur volendo conservare il primitivo nome di antigene all'estratto sifilitico, non possiamo negli esperimenti in parola attribuirgli le proprietà antigene vere e proprie (proprietà del resto non più riconosciute nemmeno nella ordinaria tecnica della R. W.), perchè non troviamo l'anticorpo adatto per produrre la reazione. È necessario perciò che noi invochiamo un'altra teoria, o per meglio dire che noi ci fermiamo a riflettere sul fenomeno per cercare di indagarne la natura ed il meccanismo, e liberarlo completamente dal gruppo delle reazioni immunitarie, cui diamo tal nome per il carattere di assoluta specificità.

Di grande importanza a me sembrano per spiegare il meccanismo della deviazione del complemento negli esperimenti su riferiti, le ricerche intraprese da una lunga serie di sperimentatori, e sopratutto da Landsteiner, Friedmann, Bordet, Hirschfeld e Klinger, Sacks, Azzi, ecc., intesi a cercare le cause della deviazione del complemento con varii procedimenti fisico-chimici. Senza voler ripetere i singoli esperimenti degli autori sopra scritti, da essi risulta una conclusione di grande importanza, e cioè che l'*inattivazione del complemento è dovuta ad un cangiamento fisico-chimico delle globuline del siero.*

La modificazione nel grado di dispersione delle globuline del siero, che non è necessario che raggiunga lo stato di flocculazione, può essere provocata da una quantità enorme di agenti diversi, e cioè: veleno di cobra (Omorokow, Sacks, Ritz-Azzi, ecc.), sospensioni batteriche (Hirschfeld e Klinger, Nathan, ecc.), scuotimento del siero (Schmidt e Lichers, Hirschfeld e Klinger, Azzi, ecc.), inulina (Nathan, Sacks, Stilling, ecc.), ed altri ancora. E le modificazioni dello stato chimico-fisico delle globuline per la presenza di tali sostanze sono rese evidenti dall'intorbidamento subito dal siero, come per l'azione dell'agar ha dimostrato Bordet ed altri, o dalla flocculazione delle globuline, quale segue allo scuotimento (Jakobi, Schultze, ecc.). La dimostrazione poi della perfetta corrispondenza che vi è fra le modificazioni chimico-fisiche del siero di sangue ed alcune reazioni biologiche, è data dalla presenza di inulina nel siero fisiologico. Il Nathan ha infatti dimostrato che la inulina ha la proprietà di sciogliersi a caldo in soluzione fisiologica, e di distribuirsi invece in polvere finissima a freddo. Orbene il su nominato A. trovò che soltanto la sospensione di inulina ha la proprietà di inattivare il complemento.

Non solo però nella distruzione diretta del complemento, nel siero si è ammessa e dimostrata l'azione di una maggiore labilità delle globuline del siero in esame, ma ancora ad essa si è attribuita la funzione di fissare il complemento in tutte le reazioni immunitarie (emolisi, precipitazione).

Nei riguardi dell'emolisi, secondo le conclusioni di Sachs, sarebbero i globuli rossi sensibilizzati a determinare una minore dispersione delle globuline, le quali a loro volta precipiterebbero sui globuli rossi medesimi, trascinandovi seco i costituenti veri dell'azione complementare. E così similmente accadrebbe nella reazione di precipitazione, dove in un primo tempo avverrebbe un legame specifico tra sospensione batterica ed il rispettivo anticorpo (agglutinina), mentre il susseguente fenomeno di precipitazione è dovuto ad un cangiamento di stato delle globuline, le quali inducono distruzione del complemento. Dagli esperimenti su riferiti si deduce come conseguenza di considerare l'emolisi non come una reazione a tipo fermentativo provocata da una speciale sostanza, ma come un cambiamento di stato fisico-chimico, dovuto all'alterarsi di un equilibrio colloidale (Azzi).

Ammessa perciò nella labilizzazione delle globuline, la quale labilizzazione può essere dovuta sia a fattori estranei, che a vere reazioni di specificità o di affinità colloidale, come meglio vedremo in seguito, la proprietà di fissare od inattivare il complemento, ne viene di conseguenza che, molto probabilmente, *il tempo, l'evaporazione, i prodotti di putrefazione e di autolisi del siero stesso, l'inquinamento batterico, possono indurre modificazioni qualitative capaci di ridurre il grado di dispersione delle globuline, che a loro volta perciò acquisterebbero la proprietà in presenza di antigene di inattivare il complemento e di dare perciò reazione W. positiva.*

2° Le nuove indagini sulla deviazione del complemento, pur non spostando di molto le antiche concezioni dei fenomeni immunitari, nel senso di Ehrlich, hanno assunto un'importanza considerevole, in quanto hanno reso il problema ancora più complesso, specialmente per quanto riguarda la reazione di Wassermann.

La dimostrazione della natura lipoide dell'antigene sifilitico, e la sua sostituibilità con estratti alcoolici di organi normali, ha fatto abbandonare la primitiva concezione di reazione specifica alla R. W., concezione però sostenuta e novellamente ribadita dal Wassermann e dalla sua scuola.

L'importante fenomeno di Pick e Pribram, confermato poi successivamente da Satta e Donati, Micheli, ecc., che cioè i sieri luetici W. positivi trattati con etere acquistano di per sè uno spiccato potere anticomplementare; e dànno perciò la W. positiva, ha dimostrato il grande parallelismo che esiste fra esso e la R. W., ed ha tolto ogni carattere di specificità alla reazione stessa. *È soltanto in una labilizzazione delle globuline del siero determinata sia dall'azione dell'etere, che dall'azione dei lipoidi dell'estratto che bisogna riconoscere il fenomeno di inattivazione del complemento.*

D'altra parte le indagini di Landesteiner, Müller, Gross e Volt, Friedmann, Schmidt, ecc., dimostrano la capacità delle globuline del siero normale attivo di deviare da sole il complemento. Tali esperienze, se perdono di importanza pratica, giacchè nella tecnica diciamo così ufficiale della R. W. è imposta la inattivazione del siero, per quanto recentemente il Rossi sia tornato ad insistere sulla necessità di praticare la reazione Wassermann del liquido cefalo-rachidiano con siero sempre attivo, esse hanno però sempre una grande importanza scientifica, giacchè riconoscono nel siero normale un *quid* preformato capace da solo di deviare il complemento. In altri termini nel siero normale vi sarebbe già il nucleo fondamentale di quei principi, chiamiamoli così, che dànno la W. positiva, con la differenza che nei sieri normali essi sono termolabili, mentre nei sieri sifilitici essi sono termostabili.

A questo proposito bisogna pur ricordare che si è potuto ottenere la trasformazione di un siero W. negativo, in siero W. positivo con l'aggiunta di lipoidi al siero stesso (Citron). E così similmente Hirschfeld e Klinger raggiunsero il medesimo risultato, ottenendo, per mezzo di agenti fisici (scuotimento, ecc.), una maggiore labilizzazione delle globuline. Perciò se è vero che la proprietà di dare una R. W. positiva da parte dei sieri di individui non luetici sia da soli che in presenza di estratto alcoolico si esaurisca con l'inattivazione del siero stesso, ciò ci fa pensare a modificazioni quantitative delle globuline (Boas), nel siero dei sifilitici o qualitativa nel senso di una maggiore resistenza. Inoltre, come precedentemente ho accennato, sono state in questi utimi tempi studiate le proprietà dei lipoidi in rapporto alla deviazione del complemento. Per cui si è visto che i lipoidi sono capaci di per sè di deviare il complemento, avendo la proprietà di determinare in maniera diretta o indiretta, in seguito cioè ad una precedente unione coi colloidi del siero, una modificazione delle globuline. Tale modificazione è talvolta financo visibile ad occhio nudo, per una flocculazione cui facilmente dà origine.

L'importanza del fenomeno fu rilevato da Micaleis per il primo e poi da numerosi altri

ricercatori, i quali cercarono di applicarli nella pratica per la sostituzione della reazione Wassermann (Porges e Meyer, Hermann e Perutz. ecc.). Ed in ciò riuscirono più facilmente il Sachs ed il Georgi, i quali poterono dimostrare che l'aggiunta di colesterina allo estratto alcoolico nella reazione, mentre riesce a rinforzare la reazione stessa, non toglie nulla alla sua specificità.

Perciò per le conoscenze che oggi noi abbiamo *la R. W. è destituita di ogni carattere di specificità, per cui la fissazione o per meglio dire l'inattivazione del complemento si compie per un cangiamento delle condizioni fisico-chimiche delle globuline del siero, dovuto forse a variato ricambio dei sifilitici.*

Così soltanto noi possiamo spiegarci l'apparire frequente della W. positiva in individui in preda a cachessie diverse (malaria, tubercolosi, neoplasma) e la possibilità di ottenere la Wassermann positiva dai sieri di parecchi animali (bue, coniglio, ecc.), come ha dimostrato Friedmann, e come io stesso ho avuto agio di vedere nel siero di coniglio, sottoposto ad esperimenti di intossicazione proteica.

3° Le numerose cause che possono da una parte provocare l'inattivazione del complemento o indurre modificazioni fisico-chimiche del siero, onde può mutare il suo modo di reagire di fronte alla reazione Wassermann, e sopratutto il fatto che la stessa R. W. ha perduto ogni carattere di specificità, non devono lasciarci perplessi nel riconoscerle tutta l'importanza pratica se si pone mente ai grandi benefici che essa ci porta nella pratica clinica per l'accertamento etiologico di molte malattie.

È però necessario, per raggiungere l'uniformità di risultato che si ricerchino continuamente le cause che possono modificare l'esito della reazione stessa. In tal maniera si verrebbero a stabilire delle norme tassative nella tecnica della R. W., le quali, pur essendo suscettibili di ulteriori modificazioni, darebbero il vantaggio di ridurre il numero di risultati opposti, e nello stesso tempo di eliminare ogni perplessità sia nella indicazione della Wassermann da compiersi, sia nell'accettazione del suo risultato.

LETTERATURA.

Per la letteratura riporto qui, essendo essa molto vasta, i lavori che più da vicino riguardano i miei esperimenti; per tutto il resto, rimando il lettore ai noti lavori di MORESCHI (*Haematologica*, fasc. II, 1922, vol. I); MICHELI (*Archivio Scienze Mediche*, vol. XXXVII, numero 5, 1913), e alla vastissima letteratura tedesca in proposito.

PARODI. Haematologica, vol. III, fasc. III, 1922
DOURIS. C. R. Accad. des Sciences, n. 20, t. 167, 1918.
MARTELLI. Folia Medica, 1922.
HARA. Z. f. Imm. Orig., Bd. 17, 1913.
KIRSCHFELD e KLINGER. Z. f. Imm. orig., Bd. 21, 1914.
NATHAN. Z. f. Imm orig., Bd. 27, 1918.
TAKAATSU e KYOTOKU. Riass. Patol., n. 276, 1920.
HUBSCHMANN. Z. f. Imm. orig., Bd. 26, 1917.
BRUCK. M. Med. W., n. 35, 1917.
RIZZO. Lo Sperimentale, vol. 74, 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

SANATORIO UMBERTO I IN ROMA
Direttore: prof. A. ANGELINI.

Le iniezioni intravenose di cloruro di calcio contro il vomito e la diarrea dei tubercolosi

pel dott. REMO MONTELEONE, assistente.

L'uso del cloruro di calcio per via intravenosa, fu preconizzato dai francesi Rist, Ameuille, Ravina nel 1921 sia contro il vomito che contro la diarrea dei tubercolosi; nel luglio dello stesso anno gli stessi AA. esponevano alla Società Medica degli Ospedali di Parigi i primi risultati.

Successivamente Merklen, Dubois-Roquebert e Turpin comunicavano alla Société de Thérapeutique, i risultati da essi ottenuti nella diarrea dei tubercolosi con le iniezioni concentrate, intravenose, di cloruro di sodio.

Buoni risultati afferma anche aver avuto Pellé con la medesima sostanza nel trattamento della diarrea, del vomito ed anche delle emottisi dei tubercolosi.

In una recente comunicazione alla Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Merklen e Dubois-Roquebert tornando sull'argomento, comunicarono i risultati ottenuti in 11 malati da essi curati nel Sanatorium Clémenceau di Bicêtre: in quattro di essi si aveva una tosse emetizzante da un periodo di 4-20 giorni. Sottoposti al cloruro di calcio per via intravenosa fu sufficiente un grammo di tale sostanza per far scomparire il vomito. Identico risultato si verificò in un malato nel quale la tosse emetizzante si era stabilita da cinque mesi, ed in un altro malato sofferente per vomiti post-prandiali, indipendenti dalla tosse.

In tre malati i risultati, sebbene incompleti, furono notevoli.

Di fronte a tali felici risultati, gli AA. notano due scacchi.

La terapia di tali penosi ed imbattibili, finora, sintomi dei tubercolosi, sembrava dun-

que, secondo i suddetti AA., essersi arricchita di un sistema terapeutico di notevole efficienza. Ond'è che molto opportuno mi è parso sperimentare sotto la guida del Primario, prof. Alessandrini, l'efficacia del medicamento consigliatoci dai francesi, nei pazienti del nostro Sanatorio, e riportare nelle sottoesposte succinte storie cliniche, i risultati ottenuti.

Un primo gruppo di malati comprende pazienti sofferenti di tosse emetizzante o di vomiti indipendenti dalla tosse.

OSSERVAZIONE I. — D. Olimpia, di anni 21. È malata dalla seconda quindicina del dicembre 1921.

Diagnosi clinica: tubercolosi cavitaria bilaterale.

Nei primi giorni del maggio ha inizio una violenta tosse emetizzante: anche di notte il vomito tormenta la malata talora per tre o quattro volte.

Inietto il giorno 3 giugno 1922 per via intravenosa, cc. 10 di una soluzione al 10 % di cloruro di calcio, vale a dire un grammo di cloruro di calcio. Non appena le prime gocce della sostanza entrano in circolo, la paziente accusa senso violento di calore diffuso in tutto il corpo, passeggero senso di soffocazione, torpore alle estremità; tali fatti si dileguano al termine dell'iniezione.

La malata ha ancora per due giorni rari accessi di tosse accompagnati da vomito, poi questo scompare, nè fino ad oggi è ricomparso.

OSSERVAZIONE II. — R. Margherita, di anni 25. È malata da un anno e mezzo.

Diagnosi clinica: tubercolosi ulcerosa bilaterale.

Accusa tosse emetizzante da un anno circa. Afferma di essere colpita dal vomito 1-2 volte al giorno, specialmente negli accessi di tosse che insorgono quando la malata dal decubito supino passa a sedere.

Inietto il 3 giugno 1922 cinque cc. della soluzione di $CaCl_2$ al 10 %.

Il vomito dopo circa due giorni cessa, nè finora si è ripresentato.

OSSERVAZIONE III. — C. Salvatore, di a. 36. È malato di bronco-polmonite ulcerosa tubercolare.

L'infezione ebbe inizio or sono sei anni. Anche da alcuni anni ha tosse stizzosa, frequente: da tre o quattro mesi alla tosse fa giornalmente seguito, e talora per due o tre volte, in rapporto con gli accessi più violenti, il vomito.

Inietto il giorno 4 giugno 1922, 10 cc. della soluzione nota.

I disturbi conseguenti al passaggio in circolo del medicamento, quali rossore diffuso, senso di calore, ecc., sono appena notati dal malato.

Il malato ha ancora per 24 ore il vomito; questo poi cessa per otto giorni. In seguito per alcune settimane il paziente ha dei conati di vomito, cui egli non dà importanza; il vomito alimentare non si è più ripresentato a tutt'oggi.

OSSERVAZIONE IV. — C. Bruna, di anni 38. Malata in condizioni piuttosto gravi, con tubercolosi bilaterale ulcerosa.

Da cinque mesi è tormentata da insistente tosse accompagnata, per lo meno una volta al giorno, di preferenza il mattino, da vomito.

Iniezione il giorno 15 giugno 1922 di un grammo di cloruro per via intravenosa.

Disturbi consecutivi all'iniezione, scarsissimi.

Il vomito cessa, nè si è più ripresentato. La paziente attribuisce all'iniezione un certo aumento delle scariche alvine notato nei tre successivi giorni.

OSSERVAZIONE V. — C. N. È malata da un anno con bronco-polmonite bilaterale.

La tosse violenta che tormenta la malata, specialmente il giorno, si accompagna spesse volte a vomito.

Iniezione, senza alcun disturbo, il 4 giugno 1922 di 10 cc. della soluzione di cloruro di calcio al 10 %: completa cessazione del vomito durante la prima settimana, poi ricomparsa di esso e persistenza fino ad oggi.

OSSERVAZIONE VI. — P. Cesira, di anni 21. È malata da due anni.

Diagnosi clinica: tubercolosi cavitaria bilaterale.

Dall'agosto 1921 si è aggravata con febbri alte, emottisi frequenti, tosse violenta emetizzante, talora vomito indipendente dalla tosse.

Iniezione il 7 giugno 1922 intravenosa di 10 cc. della soluzione di cloruro di calcio: nessun immediato disturbo.

Dopo l'iniezione la paziente dice di essere meno molestata dalla tosse; il vomito per le prime due settimane non si fa notare, poi di nuovo ricompare con la stessa intensità di prima.

OSSERVAZIONE VII. — Z. Evangelia, di a. 21. *Diagnosi clinica*: tubercolosi biapicale ulcerosa.

È malata da vari mesi, e da vari mesi soffre di tosse emetizzante: il vomito si accompagna alla tosse varie volte al giorno e costantemente il mattino, al punto da costringere la malata alla soppressione della colazione.

Il giorno 31 maggio 1922 inietto nelle vene un grammo di cloruro di calcio; la paziente durante l'iniezione accusa calore intenso diffuso, avverte sapore metallico, ha lieve agitazione, sensazione di stringimento alla gola, sul suo corpo notasi fugace intenso rossore. In pochi secondi tutti questi fenomeni si dileguano.

Già il mattino seguente il vomito era cessato, la paziente dicevasi lieta di poter infine mangiare «senza pericolo».

In tale ottimo stato permane otto giorni, ma il disturbo riassale la paziente.

Il giorno 18 giugno 1922 pratico una nuova iniezione di 10 cc. della soluzione. La paziente ne ritrae scarso vantaggio per i primi giorni, poi il vomito ricompare, nè più abbandona la malata.

OSSERVAZIONE VIII. — O. Giuseppe, di a. 18.
Diagnosi clinica: tubercolosi ulcerosa bilaterale.

Fin dall'inizio della malattia, ossia fin da cinque mesi fa, ha tosse stizzosa accompagnata da vomito alimentare spesso per due volte al giorno, e quasi sempre nel dopo pranzo.

Inietto il 2 giugno 1922 10 cc. di soluzione al 10 % di cloruro di calcio. Quasi assenti i soliti disturbi consecutivi all'iniezione.

Il malato per quattro giorni non ha vomito: in seguito compaiono semplici conati di vomiti, giammai veri vomiti alimentari.

OSSERVAZIONE IX. — T. Zelinda, di anni 37. Malata da un anno e mezzo; presenta una tubercolosi bilaterale sclero-ulcerosa.

Da un anno la tosse si è accentuata, e ad essa si accompagna, specie al mattino e la sera, il vomito.

Iniezione il 4 giugno 1922 di 10 cc. della soluzione di cloruro di calcio, sempre per via intravenosa.

La malata ha ancora una volta il vomito nel giorno seguente, poi più nulla. Tale risultato si mantiene ancora.

OSSERVAZIONE X. — F. Ines, di anni 22. Malata da due anni.
Diagnosi clinico-radiologica: tubercolosi ulcerosa bilaterale.

Da un anno la tosse è divenuta intensissima: per 4 mesi alla tosse si è accompagnato il vomito; in seguito questo è cessato. Da due mesi la tosse emetizzante tormenta la paziente con maggiore insistenza. Giunge ad aver vomito anche due, tre volte al giorno.

Iniezione il giorno 4 luglio 1922 di un gr. di $CaCl_2$; come disturbo immediato la paziente avverte solo senso di calore.

Scomparsa del vomito, nè questo si è finora ripresentato.

In un altro gruppo di malati ho diretto la azione del cloruro di calcio per via intravenosa, contro la diarrea ribelle a tutti i conosciuti rimedi.

OSSERVAZIONE I. — G. Nazzareno, di a. 48.
Trovasi « in limine vitae » per tubercolosi cavitaria estesa, e con cachessia estrema.

Da quindici giorni ha vomito indipendente dalla tosse, diarrea profusa, continua.

Iniezione intravenosa di 10 cc. della soluzione al 10 % di $CaCl_2$, ben tollerata, malgrado la gravità delle condizioni generali.

Il vomito persiste immutato, la diarrea decresce e cessa poi completamente. L'alvo si mantiene normale fino alla morte della paziente, avvenuta pochi giorni dopo.

OSSERVAZIONE II. — F. Antinesca, di a. 28. Malata da un anno e mezzo.
Diagnosi clinica: tubercolosi cavitaria e laringea; cachessia terminale.

Da un mese ha diarrea, con tre o quattro scariche giornaliere.

Iniezione il giorno 7 giugno 1922 di un gr. di cloruro di calcio intravenoso: modica reazione all'iniezione.

La diarrea migliora notevolmente e l'alvo in tale stato si mantiene fino alla morte della paziente, avvenuta alcuni giorni dopo.

OSSERVAZIONE III. — P. Giovanna, di a. 21. Malata da otto anni con tubercolosi bilaterale.
ferto sempre di disturbi gastro-intestinali con vomito e diarrea, per periodi di tempo variabili.

Da un mese ha diarrea continua, 4-6-7 scariche al giorno, con feci prive di sangue e di muco, con dolori addominali diffusi, diarrea la quale ha resistito alla comune terapia.

Il giorno 13 giugno 1922 inietto i soliti dieci cc. della soluzione di $CaCl_2$. La diarrea diminuisce gradatamente, il giorno seguente all'iniezione la paziente ha tre scariche, poi due, infine l'alvo torna normale e tale resta per cinque giorni; poi la diarrea riprende ed in forma più violenta che non nel passato. Invitato a fare una nuova iniezione, introduco di nuovo 10 cc. della soluzione: la paziente accusa il solito senso di calore diffuso, di stringimento alla gola, ma con minore intensità della prima volta.

La diarrea cessa completamente, in modo acuto, nè è finora ricomparsa.

OSSERVAZIONE IV. — J. Statilio, di anni 30. Malato da tre anni con tubercolosi sclero ulcerosa bilaterale.

Da dodici giorni è costretto a rimanere in letto perchè tormentato da violenta diarrea.

Iniezione senza alcun disturbo, il giorno 15 giugno 1922 di un grammo di cloruro di calcio.

La diarrea gradatamente scompare.

Riassumendo, ho esperimentato l'azione del cloruro di calcio, secondo le indicazioni del Rist, Ameuille, Merklen, ecc., nelle diarree e nei vomiti della tosse emetizzante dei tubercolosi cavitari. Dai primi dati risulta che:

1° su dieci pazienti affetti da vomito consecutivo agli accessi di tosse o da essi indipendente, si ebbero:

cinque guarigioni complete;
tre notevoli miglioramenti;
due scacchi.

2° su quattro pazienti colpiti da diarrea, la scomparsa di tale molesto fatto si ebbe in tutti.

Tali risultati, salvo piccole differenze, concordano con quelli ottenuti dagli AA. francesi, ed attestano l'utilità grande che dal metodo di cura di due tra i più penosi sintomi della tubercolosi, rievocato dal Rist, può ritrarre il tisiologo. È ovvio che la tecnica dell'iniezione ha un ruolo più che mai importante nella terapia intravenosa del cloruro di calcio: l'attenzione va innanzi tutto posta alla preparazione della soluzione, la quale, non parlo della sterilità, deve garantirsi assolutamente neutra.

Accidenti notevoli avuti dagli AA. francesi sono stati dai chimici attribuiti al fatto che, avendo ceduto il vetro dell'ampolla, del sodio alla soluzione, questo ha spostato il calcio ed ha determinato la formazione di pericolosi precipitati; fiale neutre quindi, e di fresco preparate.

All'opposto dei francesi, amanti delle soluzioni di forte concentrazione (al 50 % ed anche al 100 %) io ho fatto preparare soluzioni al 10 %; con tale soluzione, e con l'iniezione «lentissima» nelle vene non ho avuto a notare disturbi notevoli. Va da sè che l'iniezione «perivenosa», attesa la forte causticità del medicamento, può produrre infiltrati ed escare dolorosissime, lente a guarire, con postumi cicatriziali gravi.

Non emetto ipotesi riguardo al «come» si possano ottenere i buoni effetti sunnotati, in sintomi ribelli a tutti i comuni sedativi; si potrebbe pensare ad un'azione dell'elemento Ca sul vago, però a parer mio mal si accorderebbe tale azione del calcio, specifica, sul vago con il fatto comunicato recentemente dal Doulcet, dell'efficacia dei composti aurei (l'A. parla del cloruro d'oro) contro la sindrome vomito, constatata, oltre che nei vomiti della gravidanza, anche nel vomito determinato dalla tosse nei tubercolosi e nei pleuritici.

Secondo me, il principio invocato dal Blum per spiegare l'azione del Cloruro di Calcio nella cura delle infiammazioni delle sierose è perfettamente applicabile per l'interpetrazione della benefica azione del Cloruro di Calcio in sintomi determinati da alterazioni della mucosa gastro-intestinale: l'introduzione di Cloruro di calcio, medicamento ionizzabile per eccellenza, nell'organismo porta alla sostituzione di ioni di sodio dei liquidi infiammatori, con ioni di calcio, producendo con una eliminazione abbondante di cloruro di sodio nelle urine mediante vere crisi poliuriche, la disidratazione dell'organismo.

Qualunque sia però il meccanismo d'azione, è doveroso che il nuovo metodo di cura, utile ed innocuo, venga da tutti conosciuto ed accresca la scarsa farmacopea sintomatica dei Sanatori.

BIBLIOGRAFIA.

RIST, AMEUILLE, RAVINA. *Il trattamento delle diarree e dei vomiti dei tubercolosi, con il $CaCl_2$ intravenoso.* La Presse Médicale, 1921, pag. 537.

MERKLEN, DUBOIS-ROQUEBERT, TURPIN. *Il cloruro di calcio,* ecc. Bulletins et mémoires de l'Académie, ecc., 1922.

DOULCET. *Il cloruro d'oro contro il vomito,* ecc. La Presse médicale, 1922, pag. 383.

BLUM. *Il trattamento delle affezioni infiammatorie delle sierose con il cloruro di calcio.* La Presse Médicale, 1922, n. 21.

ID. *Un nuovo gruppo di diuretici,* ecc. C. R. de l'Acad. de Sciences, ottobre 1921.

SAROFEANO. *Il c. di c. come cura dei versamenti tubercolari delle sierose.* Archives Médicales Belges, luglio 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CIVITANOVA (MARCHE).

Pielotomia per calcolosi renale

per il dott. ANTONIO DI BLASIO, chirurgo.

Nell'intento di portare un modesto contributo sull'argomento, riferisco un caso di calcolosi del bacinetto renale di destra da me operato con la pielotomia ed aggiungo qualche considerazione in proposito.

E. M., di anni 21, contadino, da Civitanova.

Nulla dal lato ereditario; nulla dall'anamnesi personale; non lue, non blenorragia: non ha avuto mai contatti venerei.

Circa la presente malattia narra che nel mese di giugno 1919 fu improvvisamente colto da un dolore intenso alla regione lombare destra con irradiazione al fianco e all'addome stesso lato e urinazione scarsa. Calmatasi dopo qualche ora la crisi in seguito ad applicazioni caldo-umide, emetteva discreta quantità di urine ematuriche. Da quel giorno in poi ha sempre sofferto de quel lato di una certa dolenzia, più o meno accentuata, mentre gli accessi di acuzie si sono andati ripetendo di tanto in tanto e negli ultimi tempi più frequentemente con emissione di urine alquanto più torbide del consueto e contenenti filamenti e straccetti biancastri o striati di sangue ovvero rossastri, e qualche volta proprio con emissione di urine ematuriche.

Nel luglio 1921 fu per la prima volta da me visitato appunto durante uno dei soliti accessi. Dall'insieme dei dati rilevati giudicai trattarsi di calcolosi renale e consigliai l'esame radiografico, che confermò la diagnosi e dimostrò l'esistenza di un calcolo della grandezza di una grossa nocciuola nel bacinetto renale di destra.

Il paziente entra in ospedale il 17 luglio 1921 per sottoporsi all'atto operativo.

All'esame generale e dei vari organi null'altro di anormale notasi all'infuori di un forte grado di dimagrimento ed oligoemia.

Urine per quantità e peso specifico pressochè normali; alquanto torbide; reazione leggermente acida; tracce di albumina e di sangue; sedimento un pò abbondante con mucopus, qualche cellula dei bacinetti ed urati.

Operazione.

Eterenarcosi. — Con un'incisione cutanea dall'angolo costo-lombare destro a due dita trasverse sopra la spina iliaca anterior-superiore, dopo aver attraversato la parete muscolo-aponevrotica e lo strato cellulo-adiposo,

metto allo scoperto la loggia renale, che apro in addietro il più possibile e in corrispondenza del quarto superiore della incisione cutanea. Ingrandita con le dita tale apertura, afferro il rene dopo averlo liberato dal grasso perirenale, e superando qualche lieve difficoltà lo attiro molto all'infuori in modo da mettere bene allo scoperto il bacinetto. Il rene e il bacinetto si mostrano leggermente congesti. Colle dita sento il calcolo; lo spingo verso la parete posteriore del bacinetto medesimo, che incido longitudinalmente per circa un centimetro e mezzo e da questa breccia estraggo un calcolo a forma grossolanamente di piramide triangolare smussa, con spigoli arrotondati e a base in alto, e della grandezza di una grossa nocciuola, senza ramificazioni. Non esistono altri calcoli.

Applico un drenaggio in vicinanza del bacinetto e chiudo le labbra della incisione muscolo-aponevrotica con due piani di sutura al catgut e l'incisione cutanea con della seta.

Dal tubo di drenaggio nei primi giorni scola un pò di urina; nei giorni successivi tenue secrezione siero-purulenta, che però al decimo o undecimo giorno cessa. Mantengo ancora per qualche altro giorno il drenaggio e poi lo tolgo, non essendovi più secrezione ed essendo anche l'urina ridivenuta chiara e senza filamenti. La cicatrizzazione del tramite del drenaggio avviene presto; il malato si è mantenuto sempre senza febbre; si sente bene; mangia con molto appetito; in ventiduesima giornata la cicatrizzazione della ferita operatoria è completa.

Al 25° giorno sta per essere dimesso, quando appare lieve rialzo termico serotino (37,5), che nelle sere seguenti aumenta fino a raggiungere il 38° e 38,5.

Stimando trattarsi di un fatto intestinale, non avendo il paziente, che si nutre abbondantemente, avuto da un paio di giorni beneficio ventrale, e non accusando d'altronde alcun disturbo alla regione operata, somministro un purgante. La temperatura diminuisce fin quasi alla normale, ma di lì a tre o quattro giorni riaccende raggiungendo il 39°. Le urine ridiventano torbide e l'ammalato accusa un certo senso di molestia lungo l'uretere destro.

Riapro allora la cicatrice operatoria per un tratto di cinque o sei centimetri e la loggia renale, ma non mi è dato di trovare pus. La febbre intanto continua fra il 38° e il 39° per altri cinque o sei giorni, quando l'ammalato, oltre al senso di molestia lungo l'uretere, accusa anche senso di peso alla regione perineale e leggero tenesmo rettale.

Esploro col dito e collo speculum il retto e noto sulla parete anteriore, a circa quattro centimetri dall'ano, una tumefazione molle-fluttuante, dolente, che incido dando esito a discreta quantità di pus.

Convinto che il pus venga dal bacinetto, mi rifaccio alla breccia lombare e dopo aver sbrigliato qualche aderenza della loggia renale, apro un piccolo focolaio suppurativo perinefritico, ed applico un nuovo drenaggio. La incisione rettale dopo pochi giorni si deterge e in seguito cicatrizza. La temperatura cade completamente; le urine man mano si rifanno chiare, e la secrezione dal tubo di drenaggio lombare va sempre più diminuendo fino a scomparire dopo una dozzina di giorni. Mantengo però questa volta in sito il drenaggio, pratico delle detersioni con acqua ossigenata, ed attendo che la cicatrizzazione avvenga dal fondo in superficie, scortando all'uopo gradatamente il tubo; ottengo così la guarigione completa e definitiva del paziente, il quale ora, dopo circa dieci mesi dall'atto operativo, gode perfetta salute.

Il caso suesposto si presta a qualche considerazione; innanzi tutto riguardo alla via seguita dal pus dell'ascesso perinefritico.

Si legge infatti che l'ascesso perinefritico, per lo più consecutivo ad una suppurazione del tessuto cellulo adiposo perirenale, può anche tener dietro ad un'infiammazione dei calici, del bacinetto, o dello stesso parenchima del rene, in causa di calcoli o di violenze esterne. Qualunque sia la causa dell'ascesso, il pus dapprima si trova posto davanti al quadrato dei lombi; distende, poscia attraversa l'aponevrosi anteriore di questo muscolo, il muscolo stesso alla sua parte esterna e viene a sporgere in corrispondenza del margine esterno della massa sacro-lombare, là dove notasi l'ernia lombare (triangolo di I. L. Petit).

Il pus non rispetta però sempre questa via; può ulcerare il peritoneo e versarsi nell'addome; può aprirsi una via nel colon; può passar sotto le costole, attraversare perfino il diaframma e determinare una vomica; può infine raggiungere la fossa iliaca, e in questo ultimo caso possono darsi le seguenti eventualità: o rimanere circoscritto alla fossa iliaca; oppure discendere, come per lo più accade, e raggiungere la parete addominale anteriore e dare luogo ad un focolaio che si avverte sopra l'arcata crurale; o espandersi lungo la guaina dei vasi iliaci esterni, attraversare il bacino dall'anello crurale e sporgere alla faccia antero-interna della radice della coscia; o infine invadere il tessuto cellulare pelvico e sporgere nel retto da una delle sue facce, e da quella anteriore, come nel caso in parola, a guisa di un ascesso della prostata. Quest'ultima evenienza, che non ho trovato notata nei trattati, deve dunque far riflettere, quando ci si trova davanti ad un ascesso della parete anteriore del retto, che il pus, oltrechè da un ascesso prostatico, può ripetere le sue origini da un ascesso perinefritico; e ciò appare evidente, se si pensa che il tessuto retro-peritoneale lombare si continua con quello della fossa iliaca, che a sua volta è in continuazione diretta col tessuto cellulare lasso che riempie lo spazio pelvi-rettale superiore del bacino.

Un'altra considerazione riguarda la condizioni alle quali trova la sua indicazione la pielotomia.

Di tali condizioni si ammette generalmente essere tre le principali; la prima la possibilità di estrarre il rene dalla loggia renale in modo da scoprire bene la parete posteriore del bacinetto; la seconda che il calcolo non sia ramificato, o molto voluminoso o multiplo; la terza che si abbia a che fare con una calcolosi asettica.

L'illustre prof. Alessandri e recentemente il prof. G. D'Agata della Clinica Chirurgica di Camerino hanno giustamente sostenuto che la prima condizione è quella che ha reale valore. Tralasciando la seconda, non essendo il calcolo estratto gran che voluminoso, il caso surriferito conferma riguardo alla terza condizione che essa non è indispensabile.

È evidente infatti che l'accesso perinefritico non si sarebbe formato e sarebbe quindi necessariamente mancata la diffusione di esso in basso, se si fosse lasciato più a lungo il drenaggio del bacinetto. È anzi bastato in secondo tempo e a processo suppurativo più esteso riaprire la incisione lombare, riapplicare il drenaggio e praticare detersioni con acqua ossigenata per far cedere la sepsi; caduta la quale però non mi son lasciato indurre a togliere il drenaggio medesimo, ma ho atteso che la cicatrizzazione avvenisse pian piano dal fondo in superficie. E mi pare che valga la pena di questa attesa, se si considera anche che la nefrotomia per l'estrazione di un calcolo da un bacinetto per quanto lievemente infetto, può aprire la via all'infezione di un organo così importante, quale è il rene, che fino allora potrebbe essere rimasto integro, salvo, s'intende, che tale atto operativo non venga imposto dalla fissità del rene nella sua loggia o dalla ramificazione del calcolo.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sulla radioterapia della malaria.

La Commissione tecnica, nominata dal Ministero dell'Interno per lo studio della radioterapia della malaria, costituita dei signori: on. Grassi prof. Battista, presidente; Ascoli prof. Vittorio; Canalis prof. Pietro; on. Mangiagalli prof. Luigi; Busi prof. Aristide; Gosio prof. Bartolomeo con l'assistenza dei dottori Labranca dott. Antonio e De Lillo dott. Giuseppe, ha esaurito la prima parte del proprio compito, approvando nelle sedute del 9 agosto e dell'11 novembre scorso una importante ed esauriente relazione del membro professor Busi, appositamente delegato, sullo stato attuale della radioterapia della malaria in Italia ed all'Estero.

Ha stabilito inoltre di procedere ad esperienze cliniche rigorose sulla efficacia della radioterapia, della malaria cronica ed acuta, da eseguirsi con il metodo indicato dal dott. Antonino Pais e con il metodo di Lenk-Rossi.

In conformità di apposito voto della Commissione, ritiensi utile portare a conoscenza degli studiosi, qui di seguito, la parte del verbale della seduta 11 novembre che contiene il riassunto della pregevole relazione, redatto dallo stesso prof. Aristide Busi.

Secondo l'incarico ricevuto dalla Commissione Tecnica per lo studio della Radioterapia, il Relatore, accennato, anzitutto, in breve a ciò che di più importante, dal 1906 a tutt'oggi, è stato pubblicato all'Estero e da noi su questo tema (esclusi i lavori del dott. Pais, già ben noti ai membri della Commissione), e dopo essersi fermato con una certa ampiezza sulla trattazione che di questo argomento fa il Lenk, secondo gli insegnamenti del Holzknecht, nell'edizione tedesca del 1921 del suo manualetto di roentgenterapia, e sulle recenti comunicazioni del prof. A. Rossi, dichiara che *la tecnica e i risultati della radioterapia della malaria quali sono svolti nel manualetto del Lenk*, mentre si accordano quasi perfettamente con quelli del Rossi (il quale tuttavia aveva iniziato già e in gran parte concluso le sue esperienze prima della comparsa in Italia del volumetto predetto), possono considerarsi come il riassunto e il perfezionamento di quanto venne precedentemente ottenuto in questo campo.

La tecnica è fissata alle dosi piccole e medie terapeutiche (1/3-1 dose eritema) con raggi duri (27-30 di scintilla equivalente). Le applicazioni vengono eseguite, sotto filtro di allumi-

nio di 3-4 millimetri, sulla milza, divisa opportunamente in più campi. Le irradiazioni sono rinnovate dopo qualche settimana, secondo gli intenti da raggiungersi. Nell'esposizione del Lenk, si trovano del tutto riconfermati e ampliati certi risultati, che prima erano apparsi incerti, e che erano appena accennati in talune pubblicazioni più antiche, e cioè:

1) La riduzione, non rara, del tumore di milza della malaria cronica sotto l'azione dei raggi X;

2) L'esplosione di un accesso febbrile con immissione abbondante di plasmodi in circolo per certe dosi alquanto elevate;

3) La controindicazione della roentgenterapia nella malaria acuta;

4) La possibilità di guarire, anche senza trattamento medicamentoso, certe forme di malaria con rari ed irregolari accessi febbrili;

5) La riconferma dell'importanza del trattamento chininico nelle forme chinino-resistenti, esaltate dal trattamento Roentgen.

Il Relatore afferma, che, anche nei limiti fissati dal Lenk e dal Rossi, la radioterapia della malaria, eseguita a dosi terapeutiche piccole e medie, merita di essere presa in seria considerazione, come mezzo efficacissimo di lotta contro la malaria, escluse le forme acute, da sola (in certi casi), o in aiuto col chinino.

Poichè il dott. Antonino Pais è, con vedute specialissime, da qualche anno principale sperimentatore e assertore di una terapia malarica tutt'affatto nuova, non pure delle forme croniche, ma anche di talune acute, incontrando dove simpatie e appoggi finanziari, dove critiche serrate e scetticismo, il Relatore ha pensato che in questo dibattito sia anzitutto necessario ricercare, se le basi, sulle quali poggiano le vedute terapeutiche del Pais, siano o no da ritenersi come scientifiche, qualunque possano essere le loro applicazioni pratiche. È evidente che solo in caso affermativo la nostra Commissione sarebbe autorizzata a riprovare, al cimento dei fatti nuovi, anche questa nuovissima terapia.

Il Pais basa tutto il suo metodo di cura della malaria sulla possibilità di eccitare con i raggi X l'attività dei tessuti formatori del sangue. Questa possibilità non sarebbe a suo giudizio che un caso speciale tra i tanti realizzabili, la sottospecie di un fenomeno assai più lato, che è quello di poter stimolare, con dosi adatte di raggi X, le funzioni di parecchi altri tessuti ed organi.

Tale concetto della radioeccitazione in relazione a certe dosi, la cui grandezza varia in rapporto alla radiosensibilità delle cellule, su cui vengono applicati i raggi X, non ha nulla di assurdo e di repugnante. È infatti verosimile, che le funzioni di una cellula, danneggiate da una determinata dose, possono invece venir stimolate, rinvigorite da una dose molto più piccola. Ciò è infatti quanto comunemente si riscontra nella ordinaria posologia medicamentosa. Rispetto ai raggi X, il relatore cita parecchi esempi, provanti con la massima evidenza questa possibilità.

Date le diverse sensibilità dei tessuti, la soglia dello stimolo dovrà di necessità variare per ognuno di essi; ma anche per lo stesso tessuto sarà diversa a seconda delle differenti condizioni (di moltiplicazione, di ricambio, di funzione, ecc.), nelle quali la cellula si trova al momento dell'applicazione.

Intorno alla possibilità di una radioeccitazione cellulare non si incontrano dunque oggi divergenze. Queste, per limitarci ai tessuti ed organi emolinfopoietici, incominciano invece rispetto alla grandezza della dose da somministrare.

Sino al Pais, si è ammesso che la dose stimolante fosse per queste cellule compresa nell'ambito delle dosi terapeutiche medie e piccole comunemente usate. Il Pais invece afferma che la soglia dell'eccitazione Roentgen è, per gli organi e i tessuti predetti, straordinariamente inferiore alle dosi terapeutiche medie e piccole, usate sino a qui, le quali nei risultati finali non sono per loro affatto eccitanti, ma distruggenti. In ciò sta l'originalità della concezione del Pais.

Precisata l'ipotesi, il relatore ricerca se essa abbia, al difuori dell'opera del Pais, qualche fatto in suo favore; e lo ritrova in certe esperienze recenti. Gli studi di Russ, Cambers e di Ceresole dimostrano infatti, che la dose distruttiva è già pei linfociti di gran lunga minore di quanto prima non si pensasse; quelli del Leicht, dello Spagnolio e del Milani confermano che anche la soglia dello stimolo è molto al di sotto di ciò, che non si credesse, in quanto si riesce proprio con le dosi minime, usate dal Pais, ad ottenere un aumento nel tasso dei globuli bianchi.

Dunque, al momento attuale delle nostre cognizioni, l'ipotesi radioeccitante del Pais non può, per il sistema emolinfopoietico, venir rifiutata.

Ma in quanto ai risultati che il Pais proclama di aver ottenuto con dosi minime nella Roentgenterapia della malaria, esaltando i

mezzi di difesa dell'organismo e aiutandolo così a vincere l'infezione, bisogna che la nostra Commissione, prima di accettarli come veri, li controlli, ripetendoli largamente e rigorosamente, anche nel caso che siano positivi, per stabilire quale sia effettivamente la loro utilità pratica.

La nostra Commissione dovrebbe dunque saggiare tre metodi, due dei quali così affini da poterli ritenere come uno solo: il metodo Holzknecht-Rossi per l'*esaltamento* di certe forme torpide, a scopo diagnostico e curativo (aggredendole col chinino) per la cura di certe forme splenomegalie malariche; il metodo Pais, sia per certe forme acute che per le forme croniche.

Facile è la verifica del primo metodo, in quanto la tecnica e le modalità ne sono ben precisate dagli autori. Più difficile è quella del metodo Pais, che ha un indirizzo ben diverso e in certi punti del tutto opposto a quello seguito dalla tecnica ordinaria. Egli infatti non si cura di determinare le dosi che somministra, le quali, per quanto minime, sarebbero purtuttavia esattamente misurabili con speciali strumenti; ma perchè, a suo dire, la reazione, che segue anche alla stessa dose, varia nella malaria da caso a caso e rispetto al momento dell'applicazione, per cui la stessa dose, riuscita giovevole in un determinato malato, potrebbe, sempre a suo dire, tornare dannosa in un altro, egli nella successione delle applicazioni, si regola secondo la risposta che l'individuo dà. In altre parole, somministrata nel malarico a tentativi una dose minima, bisogna, secondo la tecnica del Pais, di lì a poco interrogarlo nelle sue varie reazioni, e regolarsi col sospendere, col ripetere e magari modificare in più o in meno la dose, secondo la qualità delle risposte ottenute.

Se così effettivamente stanno le cose, si capisce che questa tecnica del Pais, debba, per chi non l'abbia bene afferrata, parere imprecisa e nebulosa e come in realtà essa non possa venire effettuata che da un medico che la possegga interamente. Il Relatore pensa dunque che, se la nostra Commissione vorrà saggiare anche la tecnica del Pais nella cura della malaria, dovrà affidarla a lui stesso: salvi rimanendo da parte della Commissione tutti i diritti di controllo tecnico e clinico.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'importanza della chimica fisica nella medicina interna.

(L. MICHAELIS. *Deut. med. Wochenschrift*, 22 settembre 1922).

La chimica fisica non è nettamente separata dalla chimica comune, anzi si può dire che i metodi di lavoro della chimica sono di natura fisica; alcuni di essi però, avevano preso tanto sviluppo da lasciare in seconda linea gli altri, che da qualche tempo vengono compresi sotto il nome di chimica fisica. La separazione attuale fra questa e la biochimica non potrà più mantenersi nel futuro, sicchè ogni campo della biochimica dovrà essere considerato sotto tale nuovo punto di vista. Fino a poco tempo fa, i medici non si interessavano ai nuovi metodi di ricerca; ora invece la chimica fisica è diventata di moda, cosa che ha anche i suoi svantaggi, poichè molti nello scorrere la nuova letteratura, senza avere come base delle cognizioni solide in materia, arrivano ad avere solo concetti confusi ed erronei, specialmente per quanto riguarda lo stato colloidale, il grado di dispersione, l'adsorbimento.

Anzichè dare uno sguardo generale alle applicazioni della chimica fisica alla medicina, l'A. preferisce trattare frattanto il problema limitato della reazione alcalina ed acida, che nella fisiologia ha una grande importanza. Noi sappiamo da tempo che il sangue è alcalino e l'urina è per lo più acida, che il succo gastrico è molto più acido e che fra i prodotti finali più importanti del ricambio vi è un acido, l'acido carbonico. La vita è solo possibile con la continua produzione di acido carbonico, consiste in gran parte nella lotta contro questo male necessario ed è legata alla possibilità dell'organismo di sbarazzarsene senza posa: la insufficienza di tale ultimo meccanismo si manifesta con dispnea, edema polmonare, asfissia.

L'organismo ha due mezzi per rendere innocuo l'acido carbonico, il mantenere una tale alcalinità che lo neutralizzi e l'eliminarlo con la respirazione; la riserva alcalina del sangue agisce in modo che una parte dell'acido carbonico vi si trova in forma di bicarbonato di sodio, mentre un'altra parte è libera e disciolta. Gli stretti rapporti fra acido carbonico e bicarbonato di sodio determinano l'acidità, rispettivamente l'alcalinità del sangue.

Nella vecchia chimica si identificava l'alcalinità semplicemente con l'alcalinità da titola-

zione, cioè con il numero che si ottiene nella titolazione con acido normale e con l'uso di un indicatore; tale concetto ha la sua importanza e non è stato affatto reso superfluo dalle nuove ricerche, come ritengono alcuni che hanno compreso la cosa soltanto a metà. Solo che vi si è aggiunto un altro concetto, quello di alcalinità attuale o concentrazione degli (idrossil)-joni. In ogni soluzione acquosa vi sono H (idrogen)-joni ed OH (idrossil)-joni: la concentrazione dei primi è inversamente proporzionale a quella dei secondi. Il prodotto della concentrazione degli H-joni per quella degli OH-joni è una costante che si chiama *costante di dissociazione* dell'acqua. In una soluzione neutra le due concentrazioni sono uguali cioè 1/10,000,000 normale (ciò che si esprime con 10^{-7} = 0,000,0001). Nella soluzione a reazione acida vi è prevalenza di H-joni, nella alcalina di OH-joni.

LA REAZIONE DEL SANGUE.

Nel sangue, la reazione viene determinata dai rapporti quantitativi fra acido carbonico e bicarbonato. Tali miscele di un acido debole con il suo sale alcalino hanno una parte essenziale per la regolarizzazione della alcalinità, e vennero chiamate sostanze-tampone (*Puffer* dai tedeschi, *Buffer* dagli inglesi) da Sörensen e regolatori dall'A. Le proprietà di tali sostanze-tampone possono venire enunciate come segue:

1) La concentrazione degli H-joni (h) in un tampone può venire calcolata con la formola

$$h = k \frac{\text{acido libero}}{\text{sale sodico di questo acido}};$$

k è la costante di dissociazione dell'acido che si considera. Ne consegue che la reazione attuale dipende solo dal rapporto quantitativo fra l'acido libero ed il suo sale alcalino, ma non dalla quantità assoluta di tale acido.

2) Ne consegue anche che in una miscela di un acido debole con il suo sale alcalino, h non cambia notevolmente diluendo con aqua pura.

3) Se si preparano due soluzioni della stessa h, l'una con un acido forte molto diluito, l'altra con una sostanza-tampone, quest'ultima è più resistente che la prima; cioè se vi si aggiungono delle impurezze (acidi, alcali, albumina) essa mantiene molto meglio la sua h primitiva. Analogamente se si volesse ristabilire la reazione alcalina del sangue con una soluzione diluitissima di idrato alcalino, la h oscillerebbe continuamente per le impurezze date dalle minime tracce di acido carbonico dell'aria; invece una soluzione con una sostanza-tampone a base di carbonato alcalino è efficacemente protetta contro tali impurezze.

4) Mentre la concentrazione assoluta dell'acido e del sale è quasi insignificante per la h in una sostanza-tampone, la resistenza di questa contro le impurezze è tanto maggiore quanto più elevata è la concentrazione delle sostanze protettrici.

In virtù di tali principii l'organismo può mantenere costante la reazione del sangue. Questo contiene una sostanza-tampone, cioè una miscela di acido carbonico e di bicarbonato, mantenendo con grande precisione la h, che si trova molto prossima alla neutralità e non viene notevolmente mutata nemmeno da un grande eccesso di acido carbonico, quale potrebbe aversi la mancata regolazione della respirazione. Inoltre la concentrazione assoluta della sostanza-tampone è tale che non può aversi un effetto eccessivo. Quando si introduce acido carbonico nel sangue, questo diventa acido, ma solo nella proporzione necessaria per eccitare i processi automatici, che debbono allontanare l'acido carbonico dall'organismo, in quanto che l'eccitabilità del centro respiratorio dipende massimamente dalla h del sangue che lo irrora. Esso reagisce con un aumento della ventilazione polmonare quando il sangue diventa acido, mentre quando diventa alcalino, la ventilazione viene diminuita; il centro respiratorio si comporta quindi analogamente al termoregolatore di un termostato.

MECCANISMI REGOLATORI DELLA REAZIONE.

L'eccitabilità del centro respiratorio da parte dell'acido carbonico è nota da tempo ed è quindi necessario conoscere la ragione per cui tale funzione viene levata all'acido carbonico per attribuirla alla h. Fra le prove cliniche può citarsi la seguente. È noto che nel diabete con acidosi, si ha nel sangue acido ossibutirrico, un acido piuttosto forte, di cui il sale sodico è, come il cloruro di sodio, neutro, a differenza dei sali di sodio dell'acido carbonico; di fatto non solo il carbonato di sodio, che del resto non si trova mai nell'organismo, ma anche il bicarbonato di sodio ($Na\ HCO_3$) reagisce alcalino, in conseguenza della scissione idrolitica. Quando l'acido ossibutirrico penetra nel sangue dà con il sodio del $Na\ HCO_3$ un sale neutro, si libera acido carbonico, e diminuisce la quantità di $Na\ HCO_3$ presente nel sangue. Se il centro respiratorio avesse la funzione di mantenere la tensione normale dell'acido carbonico, si avrebbe, secondo la formola riportata, che h diventerebbe maggiore del normale (per il fatto della diminuzione

del denominatore della frazione nella formola su riportata); siccome la funzione del centro respiratorio è quella di mantenere normale la h, si dovrà avere una diminuzione nella tensione dell'acido carbonico (diminuzione del numeratore, oltre che del denominatore, della frazione nella detta formola). I fatti dimostrano che realmente nell'acidosi grave si ha nel sangue la h normale e diminuzione nella tensione dell'acido carbonico.

Quando i processi regolarizzatori del centro respiratorio non sono più sufficienti, si ha aumento della h, il coma e la morte. Quindi l'acido carbonico agisce da eccitante sul centro respiratorio, solo in quanto che è un acido e non ha alcuna funzione specifica chimica.

Un secondo dispositivo regolatore per la h del sangue che per i varî processi del ricambio tenderebbe a salire, si ha nei reni. Questi eliminano giornalmente una certa quantità di acido fosforico, sia come fosfato acido di sodio, ($Na\ H_2\ PO_4$) sia come fosfato alcalino ($Na_2\ H\ PO_4$); la miscela dei due sali è una sostanza-tampone di cui la h dipende dal rapporto fra la quantità di entrambi. I reni mantengono normale la h del sangue, secernendo una quantità maggiore dell'uno o dell'altro fosfato, secondo le occorrenze. La funzione disacidificante del rene viene dimostrata dal fatto che l'urina è sempre più acida che non il sangue; al limite estremo, quando il rene non funziona, l'urina ha la stessa reazione che il sangue: è ovvio che l'urina alcalina si ha solo in seguito a decomposizione batterica.

Un altro mezzo nella lotta contro gli acidi, si ha nella formazione di ammoniaca in luogo di urea, come prodotto finale della degradazione dell'albumina.

La ragione per cui l'organismo tende a mantenere costante la h del suo sangue, sta nel fatto che tutte le funzioni vitali dipendono essenzialmente da essa. L'azione dei fermenti è influenzata molto di più da minime variazioni negli H-joni, che da variazioni assai maggiori di altri joni, che si trovano nell'organismo. Ogni fermento ha un proprio e determinato optimum di h, al di qua od al di là del quale, la sua efficacia diminuisce. Il succo gastrico ha una determinata h adatta per l'azione della pepsina; il succo gastrico del poppante, meno acido, è adatto per l'azione dei fermenti, che scindono i grassi; il contenuto intestinale stabilisce la sua h in rapporto all'azione dei diversi fermenti pancreatici. La h nell'interno della cellula è solo nota nella sua media; probabilmente varia da un punto all'altro secondo i diversi fermenti.

La h ha inoltre grande importanza sullo stato colloidale della sostanza cellulare, poichè da essa dipendono in gran parte la fluidità, la viscosità, la tensione superficiale ed altre proprietà fisiche; il mantenere una determinata h e la sua variazione entro certi limiti è condizione necessaria perchè lo stato colloidale del contenuto cellulare, si mantenga allo stesso livello. L'influenza degli altri joni (sodio, potassio, calcio) pur essendo notevole, è relativamente trascurabile davanti a quella degli H-joni; le variazioni di questi oscillano fra 1/1,000,000 e 1/100,000,000 normale; solo nel contenuto gastrico si arriva ad 1/20 normale; in tali concentrazioni gli altri joni dell'organismo non hanno alcuna azione.

Anche le condizioni di vita dei microorganismi dipendono dalla h, e di questa ormai ci si serve correntemente per la preparazione dei mezzi di coltura, con metodi abbastanza semplici ed alla portata di tutti e con risultati migliori che non con la titolazione delle alcalinità.

L'A. ha avuto l'intenzione di dare qui soltanto uno schizzo del problema per prospettare l'importanza della giovane scienza a coloro che ne avevano solo una vaga cognizione, e per spronare i volonterosi ad uno studio più approfondito dell'interessante argomento.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Anestesia parasacrale, specialmente per l'amputazione e resezione del retto.

(STAFFEL. *C. f. Ch.*, 1921, pag. 729).

Una pubblicazione di Schimerz, secondo la quale nella Clinica di Graz l'anestesia epidurale sarebbe stata abbandonata per i pericoli che porta e si sarebbe provato felicemente di compiere la escissione del retto in anestesia parasacrale alla Braun, offre argomento all'A. di riferire l'esperienza fatta con questo procedimento dallo stesso Braun.

L'anestesia parasacrale consiste nel riempire la cavità del sacro con soluzione di novocaina-soprarenina al 1/2 %. Il plesso sacrale viene così escluso funzionalmente assieme col suo componente simpatico.

La tecnica è semplice e non richiede di infilare con l'ago i singoli fori sacrali: basta sentire di aver preso contatto con l'osso. E per ciò si potrebbe riempire la cavità sacrale anche da un punto mediano situato all'apice del coccige. Ma poichè da questo punto si potrebbe molto facilmente pungere il retto, bisogna eseguire l'iniezione da due punti la-

terali, uno destro e uno sinistro, vicino all'apice coccigeo. Di qui l'ago lungo arriva fino ad immediata vicinanza della linea innominata, senza pericolo da parte del retto.

In operazioni al perineo e all'ano bisogna escludere anche il plesso coccigeo iniettando attorno al coccige, e bisogna aggiungere una iniezione sottocutanea nel campo operatorio.

Come mezzo anestetico bastano 100-150 cmc. di novocaina-soprarenina al 1/2 %. Malati su cui si debbano compiere operazioni di gravità devono essere preparati prima con morfina-scopolamina.

Dal 1912 l'anestesia parasacrale è, nell'ospedale di Zwickau, il mezzo di scelta per tutte le operazioni perineali e vaginali: isterectomie, operazioni per prolasso, plastiche vagino-perineali, uretrotomie, operazioni per cancro del retto.

Viene usata inoltre con ottimo risultato in tutte le operazioni sulla vescica e nella prostatectomia soprapubica. Per questa si aggiunge l'anestesia locale addominale.

Nelle operazioni per emorroidi, ragadi e fistole rettali semplici basta l'iniezione in sito.

Fistole rettali profonde e multiple sono operate in narcosi perchè in tal caso l'iniezione passa talvolta per terreno infetto.

L'anestesia parasacrale fu usata in 9 anni 413 volte e i risultati ottenuti dispensano dal ricercare altro mezzo anestetico. L'operazione fu compiuta quasi in tutti i casi senza aiuto alcuno di anestesia generale. Solo in 18 casi l'esclusione del plesso sacrale non fu ottenuta interamente. Azioni concomitanti o postume non furono osservate in alcun caso.

L'anestesia parasacrale sopravanza per sicurezza d'azione e per innocuità l'anestesia lombare e l'anestesia epidurale. Alla lombare è preferibile inoltre, per la durata assai maggiore, e all'epidurale, per la maggiore semplicità della tecnica.

Per quanto riguarda le operazioni per cancro del retto, furono eseguite in tutto — nel frattempo — 72 volte. Detratti 7 casi, che furono operati per sola via addominale o per via combinata, gli altri 65 furono operati con le anestesie seguenti:

narcosi 8;
anestesia lombare 1;
anestesia parasacrale 56.

Fra gli ultimi si contano 52 amputazioni e 21 resezioni sacrali. In 2 casi l'anestesia mancò completamente, in altri 3 fu necessaria temporaneamente l'anestesia generale. Tutti gli altri 51 furono trattati fino in fondo senza altro mezzo anestetico. Nelle resezioni sacrali la zona cutanea di incisione fu sempre anestetizzata a parte perchè non è situata completamente nel territorio d'innervazione dei nervi sacrali anteriori. Anche l'isolamento del retto fino alla flessura e l'abbassamento di questa furono compiuti quasi sempre senza dolore.

Nelle operazioni per cancro rettale si fa la stessa esperienza che per le operazioni di stomaco. I malati operati in anestesia locale vengono dal tavolo operatorio in condizioni essenzialmente migliori di quelli operati in narcosi.

Di regola non credono di essere stati sottoposti ad un'operazione aggressiva. B.

L'autoplastica delle membrane peritiflocoliche secondo Taddei.

(F. NASSETTI. *Arch. It. di Chir.*, dic. 1921).

Il Taddei ha distinto tre tipi principali di queste membrane: tipo I: membrane tese trasversalmente dalla parete laterale D. dell'addome alla faccia anteriore del colon o del cieco. Se ne distinguono tre varietà: parieto-colica laterale, quando interessa il solo colon ascendente; parieto-colon-cecale laterale quando oltre il colon comprende il cieco; parieto-cecale laterale quando interessa solo il cieco.

Tipo II: membrane dirette dall'alto e dall'esterno della flessura epatica verso il basso e medialmente. Se ne distinguono pure tre varietà: parieto-colica discendente quando ricopre un tratto più o meno lungo del colon; parieto-colon-cecale discendente quando interessa anche il cieco; parieto-colica discendente e cieco iliaca ascendente quando alle due varietà precedenti si associ un'altra membrana che salga dalla fossa iliaca al cieco.

Tipo III: membrane che occupano l'angolo colico d. se ne distinguono due varietà: interangolo-colica non costituita da aderenze omentali; interangolo-colica, costituita da aderenze omentali.

Per la cura si deve procedere così: incisione di Jalaguier per la parete, esplorazione della regione ileo-cieco-colica, appendicectomia.

Poi plastica secondo Taddei: messa bene in tensione la membrana si incide in senso perpendicolare ai vasi e si scollano i due lembi; poi per il tipo I si fa una *plastica per scorrimento* utilizzando i due lembi per la ricostruzione del solco laterale di riflessione peritoneale.

In quelle tipo II si fa una *plastica per inversione* il che si ottiene suturando i margini

d'incisione della membrana perpendicolarmente alla direzione dell'incisione stessa. Per la prima varietà del tipo III si sutura prima sul colon ascendente, poi sul trasverso il margine anteriore col posteriore della lamina la quale è costituita da due foglietti; per la seconda varietà si pratica questa sutura sul colon ascendente, quindi si passa alla legatura di una serie di peduncoli del bordo omentale cruentato e al loro incappucciamento sull'omento stesso.

I risultati immediati e tardivi di queste operazioni sono buoni, solo il metodo non è sempre applicabile; in alcuni casi sono necessarie anastomosi o resezioni intestinali; nefropessia quando alla ptosi dell'angolo epatico si associ ptosi renale. G. MATRONOLA.

NEUROLOGIA.

Il torcicollo spasmodico.

(ROGER e POURTAL. *Presse Médicale*, 13 settembre 1922).

Il torcicollo spasmodico fino a qualche anno era considerato di origine puramente psichica o psiconevrotica.

Nel 1920 Marie e Leri richiamarono l'attenzione sulle lesioni delle vertebre cervicali che avevano constatato mediante l'esame stereoradioscopico in sette casi di tale affezione. Tali lesioni consistevano in un osteoporosi del corpo vertebrale, e più spesso in sporgenze irregolari in corrispondenza della 5ª e 6ª cervicale, con o senza decalcificazione. Marie e Leri attribuirono le lesioni a cause reumatiche e per quel che riguarda il meccanismo patogenetico ritennero che le neoformazioni ossee irritando le radici spinali a livello del loro passaggio nei fori di coniugazione, o anche il midollo spinale, produrrebbero il torcicollo spasmodico.

Quasi contemporaneamente gli studi dei neurologi anglo-americani sul corpo striato e sulle funzioni d'automatismo devolute a questa regione dell'encefalo, nonchè le mioclonie e mioritmie come manifestazioni e postumi dell'encefalite epidemica richiamarono l'attenzione sulla via motrice extrapiramidale e su i movimenti anormali, generalmente ritmici, dipendenti dal corpo striato o meglio dal mesencefalo. Babinski presentando nel marzo 1922 un caso di torcicollo spasmodico d'origine mesocefalica ricordava i suoi lavori anteriori sulla esistenza di una modificazione unilaterale dei riflessi tendinei e del fenomeno dell'alluce per i quali ammetteva un'origine centrale. E Meige riconosceva che la maggior parte dei torcicolli detti mentali erano legati a lesioni organiche del sistema nervoso.

Attualmente adunque, abbandonata la ipotesi della origine mentale, vi sono due concezioni patogenetiche del torcicollo: la periferica dipendente da lesioni osseo-articolari delle vertebre cervicali, e la centrale dipendente da lesioni primitive dei centri dei movimenti automatici del collo nel mesencefalo.

Roger e Pourtal hanno studiato otto casi di torcicollo spasmodico, in sette dei quali hanno rilevato evidenti alterazioni delle vertebre cervicali. La colonna vertebrale di questi malati senza presentare rigidità, offriva qualche punto doloroso alla pressione e scricchiolii ai movimenti attivi e passivi. Qualche paziente apparteneva a famiglia artritica; uno presentava il tipo del torcicollo intermittente doloroso ed accusava anche dolori e contratture lombari senza che la radioscopia svelasse lombartrie; un altro aveva avuto recentemente una lombaggine. I soggetti non presentavano alcun disturbo mentale, mentre presentavano segni evidenti di lesioni della via piramidale e più frequentemente della via extrapiramidale (modificazioni dei riflessi tendinei, tremori, movimenti coreo-atetosici allo stesso lato del torcicollo).

I fatti nervosi concomitanti, per la loro natura e la loro omolateralità giustificano più la ipotesi della origine mesencefalica del torcicollo spasmodico, che quello osteo-radicolare.

Le lesioni osteofitiche ed osteo-articolari, che pure sono presenti nella quasi totalità dei casi, secondo gli autori potrebbero considerarsi più effetto che causa del torcicollo. Mari e Leri osservano al riguardo che una lesione secondaria al torcicollo dovrebbe essere regolare, sistematizzata a una vertebra o ad una data regione di questa vertebra per opera reciproca e dovrebbe consistere in una condensazione ossea e non in un'osteoporosi.

Certo le imagini radiografiche delle lesioni vertebrali del torcicollo somigliano molto a quelle reumatiche, anzi hanno i caratteri di queste. E per questo gli autori inclinano a ritenere che la lesione reumatica sia secondaria, e si localizzi nelle vertebre cervicali, perchè queste costituiscono un « locus minoris resistentiae » determinato dai movimenti spastici del torcicollo. *Dr.*

RIVENDICAZIONI.

Quale parte spetta a Carlo Moreschi nella reazione della deviazione del complemento?

(ALBERTO ASCOLI. *Wien. Klin. Wochenschr.*, numero 27, 1922).

Nell'istituto Pfeiffer a Königsberg Moreschi si occupò dello studio degli «anticomplementi», gli ipotetici anticorpi dei complementi. Dopo ricerche laboriosissime egli giunse alla conclusione che gli anticomplementi non esistono, e che l'azione anticomplementare (che indusse ad ammetterne l'esistenza) dipende dall'incontrarsi di antigene ed anticorpo, ciò che determina anche il fenomeno visibile della precipitazione.

Per via diversa Bordet giunse a simili conclusioni. La concezione di Moreschi è oggi generalmente riconosciuta; l'associazione, da lui affermata, e da Wassermann negata, di azione anticomplementare e di precipitazione specifica è oggi completamente confermata e valorizzata praticamente dalla reazione di Sachs-Georgi.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. PIO FOÀ. *Trattato di anatomia patologica.* Unione Edit. Torinese, 1922.

Di questo Trattato, concepito con vastità di programma e rispecchiante lo stato attuale della patologia generale e anatomia patologica, sono usciti in questi ultimi mesi due nuovi capitoli. Uno è dedicato alla patologia della cellula (prof. Trambusti) ed è preceduto da una introduzione del prof. Pio Foà intitolata: Considerazioni generali sui concetti attualmente prevalenti intorno ad alcuni grandi problemi della patologia. Vi è trattato largamente il quesito dei rapporti della patologia attuale colla classica patologia cellulare di Virchow, e della quale sopravvive la maggior parte. Vi si considerano processi morbosi vari come quelli della infiammazione, delle degenerazioni, dei tumori, e le questioni suscitate dallo studio della immunità. Questa introduzione alla parte generale che costituirà il 3° volume del Trattato, è come la sinfonia dell'opera che contiene i principali motivi i quali vengono poi svolti partitamente nei singoli capitoli.

Sulla patologia della cellula il Trambusti ha composto una monografia assai ricca di dati citologici tratti dall'istologia umana e comparata, e l'ha illustrata con ben 98 figure di cui gran parte a colori, così da costituire anche un atlante elegantissimo di citologia patologica.

Dopo il primo capitolo suddetto è stato da poco tempo pubblicato anche il 2° capitolo del 3° volume, sulla «Infiammazione». Lo ha trattato con molta maestria didattica, con ricca conoscenza bibliografica e con spirito critico il prof. E. Veratti, formandone un opuscolo di lettura assai profittevole e tale da arricchire la cultura del medico sui vari aspetti dell'intricato problema dell'infiammazione in generale, trattato sotto il punto di vista scientifico. A questo capitolo il Veratti ha aggiunto la trattazione delle infiammazioni specifiche che completano dal punto di vista anatomico la parte che riguarda gli agenti specifici della malattia di cui si parla espressamente in altre parti del Trattato.

Infine il Veratti aggiunge una appendice su alcuni risultati delle ricerche sulle colture dei tessuti in vitro, interessanti la patologia.

Nel suo complesso questo capitolo è molto atto ad arricchire la mente dello studioso su problemi che riguardano una delle parti più vitali della patologia contemporanea.

A. S.

PEPERE A. *Anatomia patologica delle Ghiandole a secrezione interna.* Parte 8ª del: Trattato di anatomia patologica, pubblicato da P. Foà. Torino, Unione Tip.-Ed., 1922. L. 50.

Questa ampia monografia, che va ad arricchire, *sensu strictiori*, il grande trattato italiano diretto da Pio Foà, svolge uno dei più interessanti e moderni capitoli dell'anatomia patologica.

La prima parte è occupata da considerazioni generali sulle secrezioni interne, dove in modo conciso è trattata la fisiopatologia generale degli organi endocrini.

Nella seconda parte trovano posto gli organi endocrini di derivazione branchiale (tiroide, paratiroidi, timo e corpuscoli timici).

Nella terza parte sono trattati gli organi endocrini a struttura neuroghiandolare (apparato surrenale, apparato ipofisario, epifisi e plessi coroidei). Nella quarta parte trovansi i tessuti a funzione endocrina degli organi a secrezione esterna (pancreas, gh. genitali, mammella, utero, ecc.).

Per ogni organo o tessuto, alla descrizione anatomo-patologica precede un'ampia trattazione dell'anatomia ed istologia normale.

Nel libro è fatto un ottimo posto alla produzione scientifica italiana.

A prescindere dall'intrinseco valore scientifico, che l'Autore v'ha largamente trasfuso, questo volume si raccomanda per una particolare chiarezza dell'esposizione.

Lodevole la veste tipografica.

g. sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 29 luglio 1922.
Presidenza del prof. E. TRICOMI.

Prof. C. ADDARIO. — *Sulla maturazione artificiale della cataratta.*

A. PITINI e G. FERNANDEZ. — *Azione farmacologica di un olio essenziale* (Antisàpros) *ricavato dalla trementina di Pinus Pinea.*

G. PARLAVECCHIO. — *Cura conservatrice delle colecistiti calcolose mediante stomia, raschiamento dell'endocolecistio, raddrizzamento e cateterismo ripetuto dei dotti.* — L'O. distingue i casi in cui la colecisti è troppo profondamente alterata, da quelli in cui essa lo è relativamente poco, riservando ai primi la cura demolitrice, ai secondi la conservatrice.

Perchè quest'ultima possa condurre a guarigione stabile occorre: 1° rimuovere le cagioni che produssero il ristagno, il catarro e la precipitazione dei sali biliari; 2° provocare la rigenerazione di una mucosa nuova e sana; 3° riattare la permeabilità dei dotti. L'O. nella sua lunga pratica ha quasi sempre notato che le colicisti calcolose si trovano in fegati ptosici ed è anche noto il meccanismo con cui la epatoptosi, inducendo un angolo più o meno marcato nei dotti, rende difficile il deflusso della bile ed in conseguenza produce ristagno, flogosi e formazione di calcoli. A questa prima indicazione causale, d'importanza essenziale, si deve anzitutto provvedere col praticare l'epatopessi, che l'O. esegue molto agevolmente con il suo noto metodo. Ottenuto così il raddrizzamento dei dotti, si fissa il fondo della colecisti entro i labbri della ferita celiotomica e la si apre vuota e drena due giorni dopo. A partire dal 4°-5° giorno si comincia a praticare il cateterismo quotidiano dei dotti cistico e coledoco, manovra facilissima da eseguire preferibilmente con un comune isterometro o con una candeletta olivare; ed all'8° giorno si procede al raschiamento della mucosa della colecisti. Questo raschiamento, dall'O. usato in un gran numero di casi negli ultimi cinque anni, si esegue senza bisogno di anestesia, con gli stessi strumenti, la stessa tecnica e la stessa facilità con cui si pratica il raschiamento dell'endometrio.

Occorre raschiare a fondo tutte le pareti, senza pericolo di perforarle, perchè sono resistentissime.

Questo raschiamento dà luogo alla perdita di una cinquantina di grammi di sangue, la quale cessa mediante zaffo moderato. La bile non tarda a detergersi e dopo circa 20 giorni l'infermo può venire dimesso con la sua fistola che non dà fastidio e che si chiude da sè quando il catarro biliare si esaurirà.

Seguendo le direttive e la tecnica su cennate, l'O. in un considerevole numero di casi ha avuto risultati soddisfacenti, non solo per la mancanza assoluta di mortalità, ma anche per la stabilità della guarigione e la scomparsa dei disturbi dovuti all'epatoptosi.

L. DE LUCA. — *Un caso di cancro bilaterale del seno.* — Descrive un caso clinico di cancro bilaterale del seno operato dal suo Maestro prof. Parlavecchio. Nel caso descritto sembra trattarsi di due tumori a sviluppo successivo; essendosi trovate interessate le ghiandole ascellari dei due lati ciò potrebbe stare a favore della propagazione per quella via indiretta che vien chiamata crociata o reflua; ma che questa ipotesi è meno verosimile di quella che ammette la propagazione per via diretta, perchè l'intervallo corso tra la invasione dei due seni fu breve e perchè l'esame istologico dimostrò che la mammella secondariamente invasa fu all'inizio colpita nei dotti galattofori e quindi in un punto assai vicino alla pelle, punto dove mettono capo i linfatici cutanei che stabiliscono le comunicazioni linfatiche dirette tra i due seni.

Discussione:

CIULLA. — Trattandosi di casistica rara, ricorda un caso in cui il cancro di una mammella, dopo l'operazione, si trapiantò nell'altra, nella quale ripetè la identica struttura istologica.

PARLAVECCHIO. — Anch'egli ha un caso di cancro nel quale dopo l'asportazione della prima mammella si ebbe invasione larga della cute del lato e propagazione alla mammella dell'altro lato.

P. GIUFFRIDA. — *L'osteotenia rapida in un sol tempo mediante l'osteoteno del Parlavecchio* (Nota preventiva). — Presenta l'istrumento del Parlavecchio, dall'O. lungamente provato sui cadaveri e descrive la tecnica.

Le prove sui cadaveri hanno dato risultati soddisfacenti; l'O. si propone di comunicare prossimamente i risultati delle prove cliniche che ha ragione di sperare altrettanto buoni.

M. CIULLA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Ittero catarrale.

Hans Eppinger (*Wiener Mediz. Wochenschr.*, 1922), insiste sui fatti che parlano contro l'esistenza di una lesione delle vie biliari nell'ittero infettivo: rarità della decolorazione completa delle feci, rarità dell'acolia, constatata con i prelevamenti giornalieri del liquido duodenale, frequenza dell'amino-aciduria, presenza constante dell'urobilinuria qualunque sia la quantità dei veri pigmenti biliari.

L'A. in quattro casi studiati anatomicamente non ha trovato che scarse alterazioni e queste a carico del parenchima epatico, simiglianti molto alle lesioni della spirochetosi.

Anche il decorso dimostra la lesione epatica: possiamo infatti constatare secondariamente sia un'atrofia epatica con ittero grave, sia una vera cirrosi; l'indice di quest'ultimo processo è la splenomegalia che non è rara nel decorso dell'ittero catarrale. Anche abituale è l'insufficiente digestione dei grassi, la quale, sebbene segno di insufficienza pancreatica, può essere benissimo messa in rapporto con un processo cirrotico.

In un caso di ittero catarrale con decolorazione fecale, l'A. ha trovato una tumefazione follicolare dell'ampolla di Vater. Dal punto di vista patogenetico, il posto principale spetta all'autointossicazione intestinale che lederebbe l'insieme del parenchima epatico; per spiegarsi la benignità del processo basti ricordare che in un coniglio possiamo asportare impunemente i 3/4 del fegato.

Come terapia l'A. raccomanda il nero animale ed il calomelano che al principio può esser adoperato anche a forti dosi ed in seguito a piccole: 3 cg. per tre volte al giorno. L'azione del calomelano è utile specialmente sul prurito; come dieta sono raccomandabili gli idrati di carbonio. MONTELEONE.

Il carcinoma primario della cistifellea.

Si osserva di solito nell'età media, con prevalenza nella donna, e ripete la sua origine dalla colelitiasi. La diagnosi è ardua; i sintomi sono generali, come dimagramento, astenia, cachessia e funzionali, consistenti in dolori locali e disturbi della digestione. Con la palpazione si può vincere la difesa muscolare e percepire talvolta un tumore duro, mobile con gli atti respiratori; si ha risonanza ottusa, che continua con quella del fegato, talvolta si possono percepire sfregamenti peritonitici; col metodo bimanuale di Chauffard si può palpare una grossa cistifellea.

Non si trascurerà l'esame radioscopico, in apnea e con schermo rinforzatore, previa insufflazione di gas nello stomaco e nell'intestino.

Fra le *forme cliniche* sono da ricordarsi: *a*) quella *biliare* con ittero da ritenzione progressivo, in cui il tumore della cistifellea si osserva spesso più in basso che al punto cistico; *b*) nella forma *epatica* si ha il quadro del cancro massivo del fegato, con dolori sordi, anoressia, stitichezza, cachessia progressiva, insufficienza epatica; il fegato è grosso, con superficie levigata, di durezza lignea, margine inferiore tagliente, mobilità respiratoria diminuita od abolita; *c*) la forma *ganglionare* (*Riforma medica*, 25 settembre 1922) simula il cancro nodulare del fegato, con nodosità dure alla regione epigastrica, spostabili solo con i movimenti respiratori, con risonanza ottusa, che si continua con quella epatica. Vi sono poi *forme miste* e *sintomatiche* (dolorosa, febbrile, dispeptica).

Nella *diagnosi* si vaglierà se i dolori sono o non di origine cistifellica, tenendo specialmente presente la sindrome piloro-duodenale; quando è interessata la cistifellea, il dolore provocato con la pressione su tale regione aumenta nella inspirazione forte. Si ricorrerà all'esame del chimismo gastrico, del liquido duodenale, delle feci (melena occulto), ed eventualmente, oltre alla radiografia, alla prova terapeutica della litiasi biliare, ed alla laparotomia esplorativa. Nella diagnosi differenziale occorre tener presente specialmente la colecistite cronica litiasica ed il cancro del fegato.

L'evoluzione è caratterizzata da aumento di cachessia senza remissioni, con esito letale dopo circa un anno; le forme scirrose possono durare 4-5 anni.

Di rado si potrà attuare la *terapia* chirurgica (colecistectomia); quella medica è soltanto palliativa; oppiacei, morfina, ritardare l'insufficienza epatica (dieta lattea, cellulosica, bagni caldi, opoterapia epatica), evitare le infezioni secondarie (urotropina, disinfettanti intestinali); si potranno tentare la radio- e radiumterapia, i sali di rame e di magnesio, le terre rare, i fermenti.

fil.

La colecistite cronica non calcolosa.

Entrano nell'eziologia tutte le cause di stasi biliare od intestinale, le malattie infettive generali, di cui i germi si eliminano per la bile. I *sintomi sono*: *a*) extravescicolari, quali *disturbi gastrici* a tipo di crisi gastralgiche o di dispepsia sensitivo-motrice, *disturbi intestinali*, come enterocolite muco-membranosa, stipsi, diarrea mucosa. Si ha anche *alterazione dello stato generale* con senso di stanchezza, irritabilità nervosa, insonnia, dimagrimento, talora accessi febbrili. *b*) Sintomi vescicolari, di solito attenuati, quali: *angiocolite leggera*, cute bianco-giallastra, talora subitterica, raramente con vera itterizia, feci leggermente scolorate durante la crisi, urine urobiliniche. *Dolore vescicolare* di intensità variabile, talora solo avvertibile alla pressione; il dolore cistico va ricercato con la palpazione dapprima dolce poi più forte ed uncinando il margine epatico durante le profonde inspirazioni; talora si hanno crisi di colica epatica, di origine puramente infiammatoria.

Le *modificazioni del liquido duodenale* si riconoscono con la sondatura alla Einhorn; il liquido normalmente di colore giallo-dorato o bruno, trasparente, si fa denso, vischioso, torbido, giallo-verdastro, con numerosi batterî, cellule epiteliali di desquamazione, leucociti polinucleari; la presenza di agglomeramenti cristallini e di piccoli calcoli si riscontra solo nella colecistite calcolosa.

Per la *diagnosi* occorre differenziare la colecistite non calcolosa dalla forma litiasica e dall'appendicite cronica. *L'evoluzione* è lenta senza tendenza alla guarigione: si inizia di solito in età giovanile e ad essa vanno ascritti molti itteri febbrili dell'infanzia e dell'adolescenza; è abbastanza frequente il passaggio alla forma litiasica.

Per la cura, Chiray e Semelaigne (*Presse médicale*, 1922, n. 64) consigliano l'olio di Haarlem, l'urotropina, le acque alcaline; nei periodi acuti, le applicazioni fredde locali; un risultato definitivo non potrà aversi che con un trattamento prolungato per un anno. Se con una assidua cura medica non si nota miglioramento, e specialmente quando vi sia decadimento dello stato generale e le crisi aumentano di frequenza e di intensità, è consigliato l'intervento chirurgico. *fil.*

Recidiva dei sintomi dopo rimozione di calcoli biliari.

Il caso non è infrequente, sia perchè può restare qualche calcolo, sia perchè permane l'infezione litogena. Inoltre una stenosi cicatriziale del cistico può portare ad idrope o empiema della cistifellea, o ad una fistola mucosa. Talvolta un ittero cronico segue ad angolizzazione del coledoco dovuta a contrazione della colecisti infiammata.

Nei casi adatti è operazione più radicale la colecistectomia, ed altrettanto sicura che la colecistostomia. Questa sarà l'operazione di scelta, spesso di necessità, se sono in atto, o prevedibili, lesioni del coledoco, e se lo stato del paziente è molto grave. L'A. riferisce tre casi. (R. Rowlands. *Brit. med. Jour.*, 23 settembre 1922). Doria.

Forme pseudo cristalline di calcoli biliari.

Le forme più comuni dei calcoli biliari sono la forma a faccette e la forma rotonda. La forma originaria di tutti i calcoli è la forma sferica, ciò che è facile constatare alla sezione di essi; la forma sferica è una conseguenza fisica dello stato, non duro, a scarso attrito interno in cui si trova al momento di formazione dei calcoli la colesterina. Le faccette vengono determinate dalla loro reciproca pressione: la pressione reciproca di due calcoli non duri e sferici determina al punto di contatto una superficie piana. La formazione di faccette conferisce ai calcoli le forme più diverse, per lo più irregolari; in alcuni casi risultano però delle forme simili ai cristalli, tanto da essere state da alcuni considerate come dei veri cristalli. Tra le forme « pseudocristalline » dei calcoli biliari la più frequente è la forma tetraedrica; più rare sono le forme cubiche. I calcoli tetraedrici vengono determinati dalla compressione esercitata dalla cistifellea che si contrae in forma sferica su numerosi calcoli rotondi. La grandezza dei calcoli tetraedrici non sorpassa mai quella di un nocciolo di ciliegia; alla sezione si vede che soltanto gli strati periferici hanno figura triangolare, mentre il nocciolo, e gli strati concentrici hanno figura sferica.

(B. Naunyn. *D. Med. Wochenschr.* n. 37, 1922). Pollitzer.

Funzioni della cistifellea

Molti animali mancano di cistifellea, e l'uomo può vivere in buona salute senza di essa. Tuttavia non deve ritenersi inutile. La bile, considerata come prodotto di escrezione, si produce continuamente, mentre conviene si versi nel duodeno durante la digestione: la cistifellea fa da serbatoio a tal uopo. Nella cistifellea la bile s'ispessisce per riassorbimento d'acqua, onde le dimensioni della vescichetta biliare non occorre siano eccessive: la

bile viene poi diluita dalla secrezione dei dotti prima che si versi nell'intestino.

Secondo Jacobson e Gydesen la cistifellea avrebbe anche l'ufficio, per la sua elasticità, di camera di compensazione dei più o meno bruschi aumenti di pressione entro le vie biliari, in seguito a improvvisi aumenti di pressione intra-addominale, ad eccessiva secrezione biliare, a chiusura dello sfintere di Oddi. È dubbio se la pressione entro le vie biliari supera mai normalmente i 350 mm. d'acqua, pressione necessaria a provocare sintomi di ostruzione.

(*Journ. A. M. A.*, 7 ottobre 1922). DORIA.

La distruzione dei pigmenti biliari causata da germi intestinali della putrefazione, anerobi.

Fritz Passini (*Wiener Klinische Wochens.*, 1922, n. 10) ha cercato di stabilire il compito degli anerobi della putrefazione, isolati dall'intestino, in special modo del «perfringens» del «putrificus» del bacillo aghiforme.

Culture di diversi stipiti di questi microrganismi furono messi in presenza di bile estratta dalla vescicola di soggetti morti per affezioni acute, e raccolta asetticamente.

Conservando l'anaerobiosi, a 37° i pigmenti biliari scompaiono in alcune ore: l'urobilina persiste un tempo maggiore ma scompare anch'essa dopo qualche giorno; in nessun momento compare dell'urobilinogeno.

L'aggiunta di zucchero alle culture dei germi della putrefazione non impedisce il fenomeno: ma i pigmenti restano inattaccabili in terreno zuccherato, in presenza di germi della fermentazione. MONTELEONE.

SEMEIOTICA.

Sulla sensibilità dell'addome alla pressione.

L. Pron (*Journal des praticiens*, 19 agosto 1922) richiama l'attenzione sul fatto che spesso una pressione forte sul cavo epigastrico non provoca alcun dolore, mentre una percussione immediata anche leggera determina una viva reazione da parte del paziente. Questa anomalia si spiega con le scosse che subisce il plesso solare nel secondo caso, mentre esso non viene turbato dalla pressione immobile. È questa la ragione per cui una gita in automobile provoca dolore negli individui ptosici, i quali non soffrono invece con le passeggiate a piedi.

L'A. fa inoltre rilevare altre particolarità che si notano alla palpazione addominale:

1) La pressione al cavo epigastrico determina dolori a distanza ed analogamente la pressione sul cieco, quando è dolorosa, provoca dolori, sia al plesso solare, sia sul sigma colico, mentre poi la pressione diretta su questo non è dolorosa; ciò si spiega col fatto che il cieco irritato, ptosico o leso trasmette il suo dolore al punto addominale simmetrico.

2) Si osserva talora una discordanza fra sensibilità *gastrica* (non solare) post-prandiale e sensibilità a digiuno; mentre la prima è moderata, quella a digiuno è talora così notevole da rendere impossibile la ricerca del guazzamento e la minima percussione. Questa apparente anomalia trova la sua spiegazione in ciò: quando la mucosa gastrica è ulcerata, il pasto calma i dolori, e questi ricompaiono solo più tardi, 3-5 ore dopo, quando il contenuto alimentare dello stomaco ha finito di assorbire il sacco gastrico prodotto in eccesso; allora l'acido attacca la mucosa, donde i dolori, eventualmente il vomito.

Al mattino a digiuno, dopo 6-8 ore che lo stomaco ha evacuato il chimo, la mucosa rimane irritata dal lungo contatto con l'acido e, se anche non dolorosa spontaneamente, lo è alla pressione.

3) Un altro punto importante, che può essere causa di errori diagnostici, è la localizzazione del dolore per mezzo dell'esame radioscopico; si può di fatto, in tal modo, localizzare un punto doloroso extragastrico, mentre esso è unicamente in rapporto con una lesione dello stomaco. L.A. riporta un caso in cui il punto doloroso, all'esame radioscopico era stato riscontrato a destra dell'ombelico, parecchi centimetri al di sopra della grande curvatura, e quindi era stata esclusa la diagnosi di ulcera, di cui invece il decorso dimostrò l'esistenza.

La spiegazione di questa anomalia è facile: nel dolore alla pressione vi sono due costituenti: la sensibilità, od iperestesia, dell'organo ammalato e la proiezione di questa iperestesia sulla parete. Nel caso del fegato p. e. separato dalle dita della sola parete addominale, si esplora realmente la sensibilità epatica. Lo stomaco invece nel decubito dorsale rimane lontano dalla parete e le dita esplorano in realtà soltanto una zona della parete addominale, la quale è sensibile solo perchè è il luogo di un riflesso di origine viscerale. Così una lesione dell'antro prepilorico dà un punto doloroso a 3 cmc. al di sopra ed a destra dell'ombelico; il punto rimane fisso sia che lo stomaco si trovi in corrispondenza di esso, sia che venga spostato con certe manovre, trattandosi di una zona di iperestesia che, pur soggetta a variazioni d'intensità, non scompare che lentamente.

L'esistenza di tali *punti dolorosi dinamici fissi* collocati fuori di un organo deve essere presa in seria considerazione nell'esplorazione dei visceri addominali. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1384) *Piorrea alveolo-dentale.* — Al dott. Mario Martello da Cianciano, abb. n. 6332-1:

1° Etiologia incerta, più probabilmente manifestazione locale di uno stato discrasico generale. Secondo recentissime vedute la causa più importante dello scuotimento dei denti e di una consecutiva piorrea devesi attribuire a un traumatismo continuato originantesi da cause varie: irregolarità di posizione dei denti, caduta precoce di molari con alterazione di combaciamento dei denti residui verso l'arcata opposta, capsule dentarie e protesi difettose, ecc.

2° È arrestabile, purchè le lesioni non siano troppo avanzate.

3° Il metodo che ha dato finora i migliori risultati è il perfetto raschiamento del tartaro lungo le radici dentarie; far seguire l'introduzione nella saccoccia gengivale di una soluzione di acido solforico al 10 per cento o di solfato di rame. Prescrivere dentrificio di puro sapone e lavaggi iodici astringenti (es.: con gengiviticon).

Recenti esperimentatori vantano successi con i raggi ultravioletti. Ma anche questa cura, come quella con i vaccini polivalenti, si sono mostrate inefficaci nei casi avanzati.

A. PIPERNO.

(1385) *Iniezioni di pituitrina nel parto distocico.* — Al dott. F. Cossu da Peccioli, abbonato n. 8126:

La iniezioni di pituitrina o di analoghi preparati ipofisari trova la sua indicazione in travaglio di parto nella inerzia in periodo espulsivo. Vi si potrà anche ricorrere, con prudenza, a dilatazione quasi completa.

Occorre in ogni caso accertarsi prima della iniezione che non esistano ostacoli alla discesa della testa; e sorvegliarne dopo l'effetto, perchè, sebbene nel maggior numero di casi insorgano contrazioni regolari e proficue, qualche volta invece segue un periodo di contrazioni disordinate od a tipo tetanico che possono aver per conseguenza sofferenze fetali ed imporre l'espletamento strumentale del parto. ARTOM DI S. AGNESE.

(1386) *La pomata di Alihow.* — All'abbonato n. 5139: È così composta:

Solfato di rame centigr. dieci a centigr. cinquanta. Solfato di zinco centigr. venti a gr. uno. Solfo precipitato lavato gr. due a cinque. Lanolina gr. dieci. Vaselina gr. novanta.

V. MONTESANO.

(1387) All'abb. n. 4164:

« La Rivista di Clinica Pediatrica » si pubblica a Firenze, Ospedale Meyer; abbonamento annuo L. 30; per gli abbonati al « Policlinico », L. 27. L. P.

VARIA.

La prima descrizione della paralisi progressiva.

A quanto riferiscono Laignel-Lavastine e Vinchon in un rapporto molto documentato sui predecessori di Bayle, letto al Congresso dei medici alienisti di lingua francese, la prima osservazione della paralisi progressiva non ci è stata trasmessa da un medico, ma da un infermiere, nominato Haslam, addetto ad un manicomio londinese; essa data dal XVIII secolo ed è di un'accuratezza sorprendente; per es.: vi si rileva che la parola è inarticolata nei paralitici; quel ch'è più, Haslam descrive le alterazioni del cervello, osservate all'autopsia, fatta e protocollata da lui stesso. Per essere medico autentico, non gli mancava che la consacrazione di una pergamena. (*L'Informateur Médical*, 20 giugno 1922).

I sinonimi della cavia.

In *Vida Nueva* di Habana leggiamo una nota sui sinonimi con i quali è indicata nelle varie Nazioni la cavia o porcellino d'India, classificata da Linneo con il nome di *Cavia porcellus*.

Nei paesi anglo-sassoni si chiama *guinea pig*, in tedesco *Meerschweinchen* (porcellino di mare), in francese *cochon d'Inde* o *cobaye*, in Columbia *curi*, in Venezuela *acurito*, nel Perù *cuy*, in Brasile *preya* o *prea*, in San Domingo *curia*, a Cuba *curiel*, in Spagna *conejillo de Indias*.

L'Italia parrebbe la sola nazione dove si adotti il nome scientifico *cavia*. (*Pathologica*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

AIELLO G. *Reazioni cutanee specifiche ed aspecifiche nei tubercolosi.* — Napoli, Tip. dello « Studium », 1922.

ALBANO GIOVANNI. *Analisi costituzionale e del sistema endocrino-vegetativo in un caso di ipermascolinismo da triorchidia.* — Palermo, C. Friulla, 1922.

BASSI ALBERTO. *Le cure arsenicali ad alte dosi.* — Mlano, A. Cordani, 1922.

BASSI ALBERTO. *Psicosi infettive con speciale riguardo alla encefalite letargica.* — Milano, A. Cordani, 1922.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

A proposito della pubblicità dei bandi di concorso.

In uno degli ultimi numeri del *Policlinico*, Sezione pratica, si legge una notizia estratta dalla *Federazione medica*, cioè che nel concorso di Grottammare, diffidato dall'assemblea della Sezione Picena e pubblicamente nel *Medico Condotto* e *Federazione medica*, hanno partcipato sessantadue colleghi di tutte le parti d'Italia e a tale notizia la Redazione del nostro giornale fa seguire tali domande: « Se questi sono i risultati delle diffide, a che servono le diffide? Ad allontanare qualche elemento più disciplinato? ». Rispondo io, che non ho partecipato al concorso, e che credo di interpretare il pensiero di tanti e tanti nostri colleghi, che le diffide, allo stato attuale delle cose, non possono, nè debbono servire a nulla poichè quasi tutti i concorsi non sono resi pubblici dalle Amministrazioni comunali, con la complicità degli Ordini, dei Sindacati, delle Associazioni professionali che sembrano non avere il diritto nè la curiosità d'indagare la ragione della tardiva o più spesso della mancata pubblicità data agli annunzi di concorso. Se i sessantadue concorrenti avessero avuto dinanzi un elenco più o meno completo dei concorsi indetti in tutta l'Italia, avrebbero avuto la prospettiva di partecipare ad un concorso qualsiasi (e ve ne sono di buoni) e quindi il modo di rispettare le diffide, e solo allora si sarebbero potuti bollare col nome di *krumiri* e sarebbero passibili di tutto il nostro disprezzo i partecipanti ai concorsi diffidati.

Per avere un'idea come si tutelano i nostri interessi e i nostri diritti dall'Associazione Nazionale dei Medici Condotti e dalla Federazione medica basta dare uno sguardo alla rubrica dei concorsi nei nostri giornali di classe e fra questi, scegliendo a caso l'ultimo numero del « Medico condotto », con grande meraviglia si legge che in detta rubrica vengono elencate ottantasei diffide di concorsi, tre intere provincie (Macerata, Perugia, Pesaro), diffidate *in blocco*, quindici condotte boicottate e soli *tredici concorsi* aperti (non dei migliori) fra cui quattro solamente nuovi.

In seguito a tali dati di fatto non so se si può avere la piena coscienza di dichiarare *krumiri* i sessantadue concorrenti o chiunque partecipi alle condotte diffidate. I medici che vogliono rispettare i deliberati della nostra Associazione non potendo scegliere fra l'*esiguo numero* di concorsi pubblicati nei nostri giornali di classe, sono costretti a rimanere a casa a guardar le stelle *per amor della disciplina*.

Tutto ciò è enorme.

I Presidenti degli Ordini dei medici delle provincie, che per legge fanno parte del Consiglio Provinciale Sanitario ed hanno modo di sviscerare al medico provinciale (che deve firmare il bando di concorso), perchè non si informano almeno dei nomi dei Comuni in cui sono indetti i concorsi, e la scadenza di questi per dar modo ai medici di chiedere informazioni alle autorità competenti? Tanta poca fatica costa tutto questo e tanta utilità ne deriverebbe per noi.

Dott. MARCO DE VINCENTIS.

Per l'emigrazione dei professionisti.

Il Giornale di Roma ha pubblicato:

Fino ad ora il Governo ha considerato il problema della emigrazione quasi esclusivamente dal punto di vista dell'impiego della mano d'opera dei nostri operai e dei nostri contadini, e in questo senso ha trattato con gli Stati di Europa e di oltre Oceano.

Il Ministro della Pubblica Istruzione on. Gentile ha proposto al suo collega Ministro degli Esteri che sia promossa anche la emigrazione dei nostri professionisti, dei quali esiste attualmente in Italia un numero di gran lunga superiore ai bisogni del Paese.

Secondo la legislazione vigente, ogni Stato ha norme diverse circa l'ammissione degli stranieri all'esercizio professionale.

In Italia i titoli accademici conseguiti in Università straniere non hanno valore legale, se coloro che ne sono in possesso non si sottopongono ad un esame generale di integrazione in una Università del Regno.

Ora il Ministro dell'Istruzione ha rappresentato la opportunità di prendere accordi coi Governi stranieri allo scopo di ottenere che i professionisti italiani, i quali nel corso degli studi compiuti nei nostri Atenei hanno ricevuto una preparazione completa nel campo delle diverse professioni, vengano ammessi, senza limiti ed ostacoli, all'esercizio professionale negli Stati esteri, sulla base di un trattamento di reciprocità per i diplomati all'Estero che vengono in Italia.

Per effetto di questi accordi, ispirati ai due concetti essenziali della corrispondenza tra l'ordinamento degli studi superiori degli Stati esteri con quello nostro e della equipollenza dei titoli di studio, si avrebbe la piena efficacia negli Stati esteri dei diplomi conseguiti in Italia, e nel Regno dei diplomi conseguiti all'Estero, con la conseguente garanzia, in entrambi i casi, del libero esercizio delle professioni.

L'attuazione delle iniziative del Ministro Gentile costituirebbe la più efficace tutela dei nostri emigranti intellettuali, e al tempo stesso un mezzo efficacissimo di propaganda della nostra civiltà e della nostra cultura.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Gravi frodi nel commercio dei medicinali.

La Direzione generale della Sanità pubblica ha recentemente e molto opportunamente fatto iniziare dai suoi Ispettori del servizio farmaceutico una visita alle Officine di prodotti medicinali onde accertare se questi corrispondono ai caratteri di bontà e di purezza necessari al loro scopo terapeutico, ma i risultati sono stati in alcuni casi assai deplorevoli.

Infatti dall'analisi di campioni di benzoato di sodio artificiale prelevati presso la ditta Veneroni di Milano è risultato che essi contenevano soltanto il 7 per cento di benzoato sodico, essendo costituiti pel rimanente di bicarbonato di sodio. Campioni prelevati presso la medesima Ditta di nitrato basico di bismuto contenevano, anzichè la sostanza indicata, soltanto carbonato di calcio. Campioni di pastiglie di sublimato corrosivo e cloruro di sodio (ana gr. 1) prelevati presso la Ditta Meacci, Fiorini e C. di Milano è risultato che contenevano per pastiglia soltanto gr. 0.78 in media di cloruro mercurico. Percui con Decreti Ministeriali in data 23 novembre 1922 si è già vietata la vendita ed ordinato il sequestro nel Regno dei surriferiti prodotti.

Inoltre dall'analisi di campioni di discoidi compressi di sublimato corrosivo della Ditta Bonavia e Negri di Bologna è risultato che ciascun discoide conteneva soltanto gr. 0.85 in media di cloruro mercurico. Campioni prelevati presso la Ditta Fratelli Zalban e C., pure di Bologna, di pastiglie di sublimato corrosivo da gr. 1 è risultato che ciascuna conteneva soltanto gr. 0.67 in media di cloruro mercurico. Per cui con Decreto Ministeriale del 27 novembre 1922 si è similmente vietata la vendita ed ordinato il sequestro nel Regno dei suddetti prodotti delle Ditte Bonavia e Negri e Fratelli Zalban e C.

È stato inoltre provveduto per la denunzia all'Autorità Giudiziaria delle varie Ditte incriminate, e sappiamo che ulteriori ispezioni ed accertamenti sono in corso.

È bene dunque che i farmacisti non dimentichino mai di controllare per conto loro la bontà e la purezza dei prodotti che acquistano, in quanto che anche loro assumono la responsabilità di ciò che vendono: e se è naturale che essi pretendano di smerciare a buon prezzo i buoni medicinali, è indegno che i poveri consumatori e gli infermi siano così turpemente mistificati.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra

Tutti gli ufficiali medici in attività di servizio hanno già dato il loro contributo per la celebrazione dei medici morti in guerra: nessun medico civile deve mancare nell'elenco dei sottoscrittori, nessuno deve essere assente in quest'opera di riconoscenza e di glorificazione del sacrificio dei colleghi.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 51, del 1922):

(MILANO):

Col. Gianazza	L.	131,80
Col. Schizzi	»	134,05
Ten. Col. Armand-Ugon	»	110 —
Ten. Col. Sarti	»	110.20
Ten. Col Terzaghi	»	110 —
Ten. Col. Grillo	»	108.05
Ten.Col. Massarotti	»	121.60
Magg. Tenaglia	»	100 —
Magg. Tedde	»	97.95
Magg. Iannizzotto	»	95.20
Magg. Landriani	»	95.20
Cap. Griner	»	90 —
Cap. Magnini	»	78 —
Cap. Laurora	»	82 —
Cap. De Leo	»	87.55
Cap. Langosco	»	87.60
Cap. Meszelj	»	78.10
Cap. Falcetti	»	83.15
Cap. Cesati	»	78.10
Cap. Podda	»	78.10
Cap. Corina	»	78.10
Cap. Silvestrini	»	86 —
Cap. Foà	»	83.15
Cap. Vitelli	»	83 —
Cap. Calabresi	»	80.80
Cap. Ciovini	»	78.35
Cap. Chiais	»	78.10
Cap. Beati	»	84.55
Cap. Pollini	»	86.70
Cap Salvini	»	90 —
Cap. Dal Vesco	»	78.10
Cap. Canitano	»	87 —
Cap. Masserotti	»	84.55
Cap. Cristina	»	81.65
Cap. Rivolt	»	88.25
Cap. Visconti	»	80.15
Cap. Spizzi	»	78.10
Cap. Scarlini	»	87.60
Cap. Lizzini	»	75.75
Ten. Campa	»	66.60
Ten. Bignami	»	75.60
Ten. Anelli	»	64.50
Ten. Del Fattore	»	64.50
Ten. Parodi	»	64.60
Cap. Carimati	»	100 —
Dott. D'Angelo	»	25 —
Dott. De Motti	»	50 —
Dott. Ajmone	»	10 —
Dott. Ancona	»	10 —

Dott. Schiappafuto	»	10 —
Dott. Ceola	»	10 —
Dott. Fagioli	»	10 —
Dott. Tenconi	»	10 —
Dott. Comelli	»	5 —
Dott. Viganoni	»	10 —
Dott. Marietti	»	10 —
Dott. Volta	»	10 —
Dott. Donnaloja	»	20 —
Dott. Poggi	»	5 —
Dott. Testore	»	10 —

(TRIESTE):

Dott. Cannoniere	»	20 —
Dott. Cannoniere (varie)	»	20 —
Dott. Salvetti	»	10 —
Dott. Horniker	»	10 —
Dott. Bernstein	»	10 —
Dott. Linca	»	10 —
Dott. Poliak	»	10 —
Dott. Kole	»	10 —
Dott. Koch	»	5 —
Dott. Toso	»	10 —
Dott. Beviglia	»	20 —
Dott. Bernardelli	»	10 —
Dott. Lovisoni	»	50 —
Dott. Bader	»	10 —
Dott. De Wittemberski	»	25 —
Dott. Ramella	»	10 —
Dott. Bellavitis	»	10 —
Dott. Volpi Chirardini	»	10 —
Dott. Mai	»	10 —
Dott. Xydias	»	25 —
Dott. Guastalla	»	25 —
Dott. Cacciatore	»	36.20
Dott. Cannoniere	»	20 —

(VERONA):

Dott. Cappi Leandro	»	10 —
Dott. Francioni	»	10 —
Dott. Camerini	»	50 —
Dott. Reggiani	»	10 —
Dott. Bertolotti	»	15 —
Dott. Colpi	»	25 —
Dott. Oriani	»	10 —
Dott. Baglioni	»	10 —
Dott. Rafia Del Polo	»	10 —
Dott. Ceccati	»	10 —
Dott. Cimbarie	»	10 —
Dott. Tragni	»	10 —
Dott. Carletti	»	10 —
Dott. Porta	»	10 —
Dott Stefani Angelo	»	10 —
Dott. Tretti	»	10 —
Dott. Chinaglia	»	10 —
Dott. Sacchetti Alma	»	10 —
Dott. Sacchetti Franco	»	10 —
Dott. Sacchetti Italo	»	10 —
Dott. Rota	»	10 —
Dott. Serra	»	10 —
Dott. Franceschini	»	10 —
Dott. Scarpari	»	10 —
Dott. Giacometti	»	10 —
Dott. De Pieri	»	10 —
Dott. Ferron	»	10 —
Dott. Urbani	»	10 —
Dott. Dellabona	»	10 —
Dott. Stefani Enrico	»	10 —

(PALERMO):

Col. Madia	L.	130 —
Ten. Col. Fazio	»	120 —
Ten. Col. Amenta	»	120 —
Ten. Col. Lombardo	»	120 —
Magg. Accardi	»	100 —
Magg. Piazza	»	100 —
Magg. Fiorenza	»	100 —
Magg. Giordano	»	100 —
Magg. Salem	»	100 —
Magg. D'Accardo	»	100 —
Magg. Signorino	»	100 —
Magg. Ciaccio	»	100 —
Magg. Caffarelli	»	100 —
Magg. Cervello	»	100 —
Magg. Grillo	»	100 —
Magg. Fiumefreddo	»	100 —
Magg. Circo	»	100 —
Cap. Campisi	»	80 —
Cap. Cerniglia	»	80 —
Cap. Plaia	»	80 —
Cap. Passalacqua	»	80 —
Cap. La Rocca	»	80 —
Cap. Guzzino	»	80 —
Cap. Cacioppo	»	80 —
Cap. Chibbaro	»	80 —
Cap. Viola	»	80 —
Cap. Di Bartolo	»	80 —
Cap. D'Alberto	»	80 —
Cap. Terranova	»	80 —
Cap. Gianlombardo	»	80 —
Cap. Scalisi	»	80 —
Cap. Sunseri	»	80 —
Ten. Paraninfo	»	70 —
Ten. Pezzoli	»	70 —
Ten. Mangione	»	70 —
Ten. Severino	»	70 —
Sott. Di Gregorio	»	70 —
Sott. Purpura	»	70 —
Sott. Di Liberto	»	70 —
Sott. Barbiera	»	70 —
Sott. Manzella	»	70 —
Sott. Lombardi	»	70 —
Sott. Infantino	»	70 —
Sott. Dominici	»	70 —
Sott. Abbate	»	70 —
Sott. Ventura	»	70 —
Sott. Zacco	»	70 —
Sott. Furnari	»	70 —
Sott. Pomar	»	70 —
Sott. Calvello	»	57 —
Magg. Saverino	»	104 —
Magg. Giarrusso	»	105.50
Cap. Pivetti	»	89.85
Cap. Pizzarelli	»	88.45
Cap. Butera	»	89.90
Ten. Lifani	»	70 —

(TRIESTE):

Dott. Fioresi	L.	50 —
Dott. Piperata	»	50 —
Dott. Baldassare	»	50 —
Dott. Maurovic	»	30 —
Dott. Comessatti	»	25 —
Dott. Cappellotto	»	25 —
Dott. Grazinic	»	19.50
Dott. Tami	»	20 —
Dott. Costa	»	20 —
Dott. De Vecchi	»	20 —
Dott. Ravasoni	»	20 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARQUATA DEL TRONTO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 gen. Due cond.; L. 11,000 oltre c.-v. di legge e 6 trienni ventes.; L. 3000 cav.; all'uff. san. L. 500.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

COMO. *Ospedale di S. Anna e LL. PP. Riuniti.* — Due medici chir. aggiunti dell'Ospedale; L. 4500 e partecipaz tasse di ammissione e operazioni; L. 10 ogni guardia notturna; prova annuale; nomina triennale; dopo un biennio ammissibilità ai conc. per aiuti. Scad. 10 gennaio.

DOVADOLA (*Firenze*). — Scad. 20 gen. 2a cond. camp.; L. 6000 e 2 c.-v.; L. 4000 cav.; L. 500 assistenza operazioni ospedale Zauli. Pov. 122.

FERMO (*Ascoli Pic.*). — Cond. di città e cond. per fraz. Torre di Palme; L. 12000 per 1000 pov. ciascuna, addiz. L. 2.50, due c.-v., 5 quadrienni quindicesimo, L. 3000 alla cond. rurale per cav. Scad. 20 gennaio.

GALEATA (*Firenze*). — Scad. 25 gen. Due cond.; L. 6000 e 2 c.-v.; 8 trienni dec.; L. 4000 cav. (variabile); L. 500 all'uff. san.; addiz. L. 2 oltre i 2000 pov. (*sic*).

GAVELLO (*Rovigo*). — Scad. 15 gen.; L. 7500 per 1000 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 pers. in più, L. 3750 se cav., L. 1800 se bicicl., L. 1000 alloggio, L. 400 uff. san.; due c.-v.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 genn L. 6500 per 1000 pov., L. 2.50 addiz., L. 500 uff. san., L. 2500 cav., c.-v., età limite 40.

NARNI (*Perugia*). — Tre medici comprimari; lire 6000 per soli poveri, provvisorie indenn. c.-v., L. 3000 cav.

PALERMO. *Municipio.* — 16 posti di medico-chirurgo; L. 4000 e aumenti di L. 900 fino a L. 9000 dopo 30 anni. Scad. 30 giorni dall'11 dicembre.

PORPETTO (*Udine*). — Scad. 15 gen., L. 8000 oltre L. 1000 trasp. e L. 500 c.-v., palazzina *gratis* abit.

PORTO TOLLE (*Rovigo*). — Scad. 15 genn. Condotta libera 3° reparto (Cà Venier); L. 7500 e 5 quadrienni dec., doppio c.-v., L. 500 malaria e disagiata resid., L. 3500 cav., alloggio gratuito.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Vice-direttore Sanatorio Umberto I; titoli, preferenza servizio Istituti cura tubercolosi. Scadenza 31 gennaio. L. 9000 netto R. M. Cinque aumenti biennali di un decimo. Vitto, alloggio *ad personam*. Età limite 40. Documenti rito.

QUILIANO (*Genova*). — Scad. 10 gen. L. 4000 (*sic*) fino a 300 pov., L. 3 addizion. fino a 1700 pov., 3 quinq. decimo, L. 200 alloggio, L. 1000 motocicl. (*sic*), L. 1200 c.-v., L. 500 se uff. san.

REVIGLIASCO (*Alessandria*). — Consor. con Vaglierano; L. 5000 quale medico dei poveri, L. 600 per uff. san., L. 800 mezzi trasp., L. 500 indenn. alloggio, c.-v. legale. Scad. 15 gennaio.

RIVAROLO LIGURE (*Genova*). — Scad. 15 gen.; lire 4500 e 16 bienni ventesimo, L. 300 indenn. tramviaria, doppio c.-v.

SAMPIERDARENA. *Ospedali Civili.* — Scad. 15 gen. Specialista radiologo; L. 3000 lorde e 40 % sui proventi del gabinetto per le visite a pagam. Specialista dermoceltico; L. 4000 lorde. Docum. alla Segreteria della Commiss. Amministrativa, Corso Roma.

S. MARIA CAPUA VETERE (*Caserta*). — Medico-chirurgo ordinario Ospedale Melorio; titoli ed esami. Indennità annua L. 3000. Scadenza 28 gennaio. Rivolgersi Segreteria dell'Ente.

SIURGUS (*Cagliari*). — Scad. 12 gen.; cons. con Donigala, L. 8200 complessive.

UDINE. — Scad. 30 genn. Batteriologo, capo del Labor. med.-micrograf.; L. 10.000 elevabile per passaggi di classe e aumenti periodici a L. 17.500 al compimento del 22° anno di serv.; doppio c.-v. Rivolgersi alla Segreteria municipale.

VALENTANO (*Roma*). — Proroga 15 gennaio.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Grottammare (Ascoli Pic.), riconfermata; Concesio (Brescia); Borgomanero (Novara).

Revoca di diffide: Sassetta (Pisa), Mondolfo-Marotta-Fano (Pesaro).

Revoca di boicottaggi: Sarezzo (Brescia).

NOTIZIE DIVERSE.

Il centenario della nascita di Pasteur.

Il 27 dicembre, alla presenza del Presidente della Repubblica Millerand, si è svolta a Parigi, nel grande anfiteatro dell'Istituto Pasteur, la cerimonia organizzata in onore del centenario della nascita di Pasteur.

Assistevano alla cerimonia i Ministri dell'Istruzione e dell'Igiene, le più alte personalità scientifiche del mondo intero, numerose personalità del mondo diplomatico e delegazioni di tutti i Paesi civili. Il sen. Sanarelli rappresentava il Governo italiano e l'Università di Roma.

Il Card. Dubois, assistito da Mons. Baudrillart, ha celebrato una Messa in memoria dell'illustre scienziato. Vennero poi pronunziati numerosi discorsi da alte personalità scientifiche; il sen. Sanarelli parlò per l'Italia.

Il sig. Millerand, le personalità e le delegazioni di studenti stranieri si sono quindi recati nella cripta dell'Istituto Pasteur per rendere omaggio alla tomba dell'illustre scienziato.

Altre cerimonie commemorative si sono svolte alla Sorbona, nelle Università di provincia, ecc.

Corso di perfezionamento di Clinica Pediatrica.

Il 14 gennaio 1923 avrà inizio presso la R. Clinica Pediatrica dell'Università di Napoli un corso di perfezionamento in pediatria per laureati in medicina e chirurgia, autorizzato dal Ministero della Pubblica Istruzione. Tale corso avrà carattere eminentemente pratico e comprenderà una serie di lezioni quotidiane di clinica, patologia e igiene dell'infanzia, nonchè esercitazioni di ambulatorio e di laboratorio. Esso durerà sino a tutto il giorno 4 marzo; alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esame, un diploma debitamente legalizzato e vidimato dal Rettore dell'Università.

La quota d'iscrizione, da versare all'Economo della R. Università, è di L. 250 più L. 50 per tassa d'esami e diploma.

Il numero degli iscritti è limitato. Le domande d'iscrizione in carta da bollo da L. 1, accompagnate dalla quietanza del versamento fatto presso l'Economato, vanno dirette al Direttore della Clinica Pediatrica prof. Rocco Jemma, S. Andrea delle Dame 21, Napoli, entro il 13 gennaio 1923.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Dal 12 al 24 febbraio si terrà un corso di perfezionamento presso la Facoltà medica di Vienna sulle malattie sessuali, con speciale riguardo alla terapia; seguirà un corso seminaristico dal 26 febbraio al 3 marzo; tassa 100,000 corone; informazioni e iscrizioni presso il segretario dott. A. Kronfeld, Wien IX, Porzellangasse 22; le tessere di iscrizione si ritirano personalmente presso l'Ufficio dei Corsi, Wien IX, Frankgasse 8.

Dal 17 al 30 settembre avrà luogo un corso di perfezionamento per medici rurali.

Numerosi corsi speciali in tutti i campi della medicina hanno luogo ininterrottamente; vi sono ammessi i medici stranieri che ne facciano richiesta; per informazioni rivolgersi alla segreteria universitaria (Wien I, Ring des 12 November).

Le onoranze al Prof. L. Mangiagalli nel 40° anno di insegnamento.

Come a suo tempo riferimmo, lo scienziato illustre, l'audace e fortunato fondatore degli Istituti Clinici di perfezionamento di Milano venne festeggiato nello scorso aprile in occasione del 40° anno del suo insegnamento. Intervenne alla cerimonia un largo stuolo di personalità scientifiche, ed inneggiarono al Maestro S. E. Anile, i professori Berzolesi, Monti, Pestalozza, Clivio, Zuccante, Beutner ed altri. Gli venne offerta una targa e fra i doni, uno *chèque* di mezzo milione dalla sig.ra De Marchi di Demetrio, per l'incremento della Clinica. Fra i numerosi telegrammi, ne citiamo uno, di concisione cesariana: «Gratulor» firmato G. C. Nijhoff, artis obstetricae professor, a Groninga.

Gli «Annali di Ostetricia e Ginecologia» dedicano a tali onoranze un numero monografico, in cui riportano i discorsi, le lettere i telegrammi di adesione, gli articoli dei giornali. Vi sono uniti altresì due ritratti del prof. Mangiagalli, l'uno del 1882, l'altro del 1922, e la riproduzione fotografica della targa offertagli.

Commemorazione di Gaspare Aselli.

Per iniziativa del Consiglio amministrativo dell'Ordine della Provincia di Cremona e con la collaborazione del Comitato di Educazione popolare e del R. Commissario di Cremona, il 17 dicembre venne commemorato in questa città il grande anatomico cremonese, Gaspare Aselli, alla cui geniale scoperta dei vasi chiliferi è in gran parte dovuto l'ulteriore fervore di studi e di indagini nel campo dell'Anatomia Umana.

Oratore ufficiale fu il prof. Umberto Gabbi, Direttore della Clinica Medica di Parma.

Il VII Centenario della R. Università di Napoli.

Il Comitato esecutivo dei festeggiamenti per questo Centenario fu costituito colle seguenti personalità: proff. Ovidio Torraca (Facoltà di lettere); Bianchi e Roncali (Facoltà di Medicina); Monticelli e Della Valle (Facoltà di Scienze); Salvioli e Margheri (Facoltà di Legge); Torelli (Facoltà di Matematica). Il Comitato ha deciso di aggregarsi studenti delle varie Facoltà ed i rappresentanti delle Federazioni Universitarie e della «Corda Fratres». Si è aperta una sottoscrizione fra i professori.

Nuovo Consiglio d'Amministrazione della Cassa Nazionale Infortuni.

Con Decreto Reale del 23 novembre p. p., registrato alla Corte dei Conti il 5 dic., il sig. avv. Vincenzo Mangano, di Palermo, è stato nominato Membro del Consiglio Superiore della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro quale rappresentante dei proprietari e conduttori di aziende agrarie e forestali, in sostituzione del defunto on. rag. Giuseppe Scevola.

Un appello dei medici e scienzati russi.

La tragedia della carestia russa si estende sempre maggiormente e diventa ogni giorno più minacciosa: un terzo delle pianure russe è colpito dal flagello, 15 milioni di uomini sono in pericolo di morire di fame, nessuna nazionalità, nessuna classe sfugge alla strage, che nell'avvenire andrà facendosi più terribile, poichè la morte di ogni contadino rappresenta anche una perdita di lavoro agricolo. In conseguenza della carestia, la Russia è diventata altresì un focolajo di epidemie, e costituisce un grave pericolo per gli altri paesi di Europa.

Lo stato degli affamati, la terribile intensità delle loro sofferenze e dei loro dolori, gli episodii atroci di cannibalismo sono già conosciuti. Nè il personale sanitario, a cui tocca il principale lavoro nell'opera di assistenza, sfugge alle sofferenze che colpiscono il resto della popolazione: eppure tutti fanno il loro dovere e resistono al loro posto di sacrificio con eroica grandezza d'animo, anche nell'assoluto isolamento in villaggi lontani, sprovvisti di vestiario e di nutrimento, in preda alla fame ed alle epidemie.

Il mondo medico e scientifico dell'America e dell'Europa non dovrebbe rimanere indifferente davanti a tanta sofferenza; ad essi gettano un grido di disperazione, da essi invocano soccorso i colleghi russi. Ogni Stato dovrebbe formare nelle sue città importanti comitati per l'aiuto medico e per combattere le conseguenze della fame; i comitati nazionali dovrebbero unirsi in un comitato internazionale da aggregarsi a quello diretto dal dott. Nansen.

Il lavoro dei comitati internazionali dovrebbe svolgersi facendo anzitutto conoscere i fenomeni della fame russa come fattore di importanza sanitaria e biologica; si propone anzi di fare di tale doloroso fenomeno un tema di studii scientifici. Dovrebbero poi seguire raccolte di denaro e di medicamenti, mezzi di assistenza medico-sanitarii per il rifornimento degli ospedali, dando il maggiore aiuto possibile agli scienziati, ai medici, a tutti coloro che si prodigano nell'opera di soccorso. Il principio della solidarietà scientifica era, o sembrava, raggiunto nell'anteguerra, e deve ora invocarsi dinanzi a tanta miseria!

Le adesioni vanno inviate al Delegato della Croce Rossa russa in Italia: Corso d'Italia, 44-A - Roma (34).

fil.

A soli 53 anni si è spento quasi improvvisamente nel novembre scorso a Milano il prof. dott. COSIMO BINDA.

Insigne cultore delle scienze mediche, si distinse ancor giovine per la pubblicazione di importanti memorie di Medicina Legale e per un succedersi di lavori originali che dimostravano la sua geniale mentalità, la sua profonda osservazione, la sua vasta cultura.

Nel 1898 Libero Docente in Medicina Legale presso l'Università di Pavia, egli ottenne poco dopo la eleggibilità a prof. Ordinario di Medicina Legale nell'Università di Roma e di Catania. I sentimenti di famiglia che inspiravano la sua vita lo decisero a restarsene a Milano e quivi stabilirsi con i suoi cari.

A Milano, per la sua cultura, per la sua onestà scientifica e morale, fu prescelto come perito in processi celebri ove dimostrò il valore della sua mente.

Direttore-Proprietario della «Gazzetta Medica Lombarda», elevò e mantenne questo periodico ad un alto posto mirando al perfezionamento della cultura medica.

Ma egli non solo eccelleva per il suo valore scientifico, ma anche per le encomiabili doti dell'animo. Nell'esercizio professionale, largo di consigli, offriva spontaneamente tutto se stesso a mitigare le sofferenze del malato: il suo modo di trattare, le sue parole, i suoi consigli gli cattivavano la più profonda stima ed il più alto ossequio.

La devozione profonda e l'affetto operoso che Egli portava alla propria famiglia, rendevano questo illustre scienziato degno della più alta ammirazione per chi aveva la fortuna di avvicinarlo.

Chi scrive è stato fra gli ultimi a conoscere questa preziosa esistenza di uomo e di scienziato. Nei conversari, al riparo del sole, sdraiati nelle pinete di Cortina, chi scrive sentì, valutò tutta la possanza della mente e dell'animo di questo Maestro della *Scienza*, della *Religione*, della *Famiglia*.

Dicembre, 1922.

Dott. prof. CARLO BASILE.

Si è spento al Policlinico, fra le braccia del babbo e della mamma sua, ANGELO MELLONI, di anni 22, studente del V anno di medicina.

Giovane di preclari virtù morali e intellettuali, tenuto in alta considerazione da' suoi maestri e condiscepoli, era l'amore della famiglia che riponeva in lui la sicura speranza di un prospero avvenire.

Chi scrive ben conosce le virtù dello sventurato padre, dott. Ugo Melloni, presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Ancona. A lui rivolge un mestissimo e tenero pensiero anche a nome dei colleghi che con animo commosso gli inviano le condoglianze più vive e più sincere.

Dott. CECCHETELLI.

Giovanissimo è morto, vittima del dovere, per malattia contratta in servizio, a Marino, il dottor ARTURO GALEOTTI, medico chirurgo di Rocca di Papa (Roma).

Il ricordo di Lui rimarrà duraturo e sarà di incitamento ad opere egregie.

AR.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Mediz. Woch, 20 ott. — W. ANSCHÜTZ. Ematuria e nefrite nell'appendicite. — P. MORAWITZ. Sulle diatesi emorragiche.

Riforma Med., 23 ott. — G. GRADENIGO. Trattamento della leptomeningite purulenta otitica. — P. FIORI. Deviazione del sangue portale nella cirrosi atrofica del fegato. — A. MEINERI. Cura delle tricofizie con iniezioni endomuscolari di soluzione iodo-iodurata.

Journal Amer. Med. Assoc., 7 ott. — E. MOSCHCOWITZ. Patologia dell'ipertensione. — J. P. ISRAEL. Manifestazioni oftalmiche di affezioni del sistema nervoso.

Journ. d. Praticiens, 25 ott. — F. BALZER. Trattamento della sifilide con iniezioni intramuscolari di arsenobenzeni. — C. FIESSINGER. Le insufficienze aortiche misconosciute, 28 ott. — NOBÉCOURT. Le ipotrofie della media e grande infanzia.

Journ. Méd. Français, sett. — Numero sul tema «Il laboratorio e la tubercolosi».

Paris Méd., 28 ott. — J. LHERMITTE. Le sindromi cerebellari dei vecchi.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 22 ott. — G. ANCONA. Asma bronchiale anafilattico. Ipersensibilità da seppia.

British Med. Journ., 28 ott. — Lord DAWSON. Su certe evoluzioni in medicina.

Lancet, 28 ott. — Lord DAWSON. Idem. — J. C. G. LEDINGHAM. Resistenza naturale e meccanismi normali di difesa.

Mediz. Klin., 29 ott. — R. SCHMIDT. Turbe cardiovascolari funzionali e costituzione. — R. MEISMER. Osteopsatirosi idiopatica e sistema endocrino. — A. HANSER. Termometria nell'angina pectoris.

Gaz. d. Hôp., 2 e 4 nov. — Y. BOURDE. Lo choc traumatico.

Presse Méd., 25 ott. — P. BROCQ e L. MONIER. Accidenti chirurgici del dente del giudizio.

Wien. Klin. Wochens., 26 ott. — K. GLAESSNER. Turbe intestinali nelle affezioni pancreatiche. — F. KAUDERS e O. PORGES. Influenza del contenuto duodenale sulla secrezione gastrica.

Boston Med. a. Surg. Journ., 19 ott. — H. I. GOSLINE. Sulla localizzazione delle funzioni mentali.

Bull. Ac. de Méd., 17 ott. — J. ARLOING, L. LANGERON e M. BESNOIT. Anafilassi respiratoria sperimentale. — F. ARLOING e L. LANGERON. Meccanismo delle leucopenie nelle crisi emoclasiche.

Archivi.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 28 ott. — E. SIRANSKY. Disturbi psichici nelle malattie gastro-intestinali.

Giorn. It. d. Mal. Ven. e d. Pelle, V. — P. A. MEINERI. Viscosità del sangue e pressione arteriosa nella sifilide. — A. RADAELI. Il bismuto nella sifilide.

Annales de Méd., ott. — P. MARIE, A. BOUTTIER e JORGOULESCO. Reazione del benzoino colloidale. — N. FIESSINGER e M. WOLFF. Itteri ed epatiti da tetracloroetano. — F. MONTIER. La setticemia da orecchioni. — LESNÉ e BELLOIR. Actinomicosi midollare.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, n. 21. — G. WESSELINK. Una causa frequente di sterilità. — N. A. BOLLT e P. A. HEERES. Influenze della milza sulle emazie. — C. ELDERS. Forma, decorso e prognosi dell'anemia da sprue e considerazioni sull'eziologia dell'anemia perniciosa.

Id., n. 22. — H. VOS. Determinazione del grado reale di acidità e della quantità totale di acido nel contenuto gastrico. — S. KOSTER. Ricerche sull'ipnosi. — M. ELZAS. Intossicazione cronica da arsenico.

Indice alfabetico per materie.

Addome: sensibilità alla pressione . . . *Pag.* 64
Amministrazione sanitaria . . . . . . » 66
Anestesia parasacrale, specialmente per l'amputazione e resezione del retto . . » 57
Autoplastica delle membrane peritiflocoliche secondo Taddei . . . . » 58
Bibliografia . . . . » 60
Calcoli biliari: forme pseudo-cristalline . » 63
Calcoli biliari: recidiva dei sintomi dopo rimozione . . . . » 63
Cancro bilaterale del seno . . . . . » 61
Carcinoma primario della cistifellea . . » 62
Chimica fisica: importanza nella medicina interna . . . . » 55
Cistifellea: funzioni . . . . » 63
Colecistiti calcolose: cura chirurgica conservatrice . . . . » 61
Colecistite cronica non calcolosa . . . . » 63
Cronaca del movimento professionale . . *Pag.* 66
Ittero catarrale . . . . » 62
Osteotenia rapida . . . . » 61
Parto distocico: iniezioni di pituitrina . » 65
Pielotomia per calcolosi renale . . . . » 51
Pigmenti biliari: distruzione da germi intestinali . . . . » 64
Piorrea alveolo-dentale . . . . » 65
Pomata di Alihow . . . . » 65
Radioterapia della malaria . . . . . » 53
Reazione della deviazione del complemento: quale parte spetta a C. Moreschi . » 60
Reazione di Wassermann: modificazioni indotte dal tempo nei sieri . . . . » 41
Torcicollo spasmodico . . . . » 59
Tubercolotici: iniezioni intravenose di cloruro di calcio contro il vomito e la diarrea . . . . » 43

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX · Roma, 15 Gennaio 1923 Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: A. Chiasserini: Studi sperimentali sull'idrocefalo.
Osservazioni cliniche: P. Fornara: Un caso di ematuria da strongiloide intestinale.
Note di clinica: E. Pittarelli: I paramidofenoli nella ricerca e nella distinzione dell'idrogeno solforato e dell'acido iposolforoso nei liquidi organici.
Riviste sintetiche: R. Antoniotti: Sulla cosidetta «rigidità extrapiramidale».
Sunti e rassegne: NEUROLOGIA: H. Roger: Le mioclonie. — MEDICINA: Prati-Johnson: Sull'azione dei vaccini. — CHIRURGIA: Moritz Rubben: Carcinomi primitivi multipli del piloro e della vescichetta biliare ectiopica. — Hart: Per l'operazione dell'ernia inguinale obliqua. — Moure: Trattamento dell'ernia ombelicale e di certi sventramenti mediante cerchiaggio dell'anello al fil di bronzo. — EPIDEMIOLOGIA: Joltrain e Gennes: La peste nell'epidemia di Parigi nel 1920.
Conferenze: C. Foà: Recenti vedute sugli ormoni sessuali.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Congresso Medico-Chirurgico Marchigiano in Ancona.
Apunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: ORGANI DELLA RESPIRAZIONE: Tubercolosi polmonare attiva e quiescente. — Streptotricosi polmonare. — Sulla sifilide polmonare. — L'embolismo polmonare postoperatorio. — Etiologia e prognosi della pleurite sierosa nel bambino. — VARIA:
Nella vita professionale: COLTURA SUPERIORE: A proposito del conferimento delle libere docenze. — Cronaca del movimento professionale. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Profili: Antonio Dionisi.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: prof. R. ALESSANDRI.

Studi sperimentali sull'idrocefalo (*)
Nota II^a^.

Dott. ANGELO CHIASSERINI
docente-chirurgo aiuto degli ospedali.

In una seconda serie di ricerche, eseguite sui cani, ho occluso un forame di Monro. Questo intervento è assai più semplice, e sopratutto meno grave che l'occlusione dell'acquedotto di Silvio.

Ho operato quasi sempre su cani adulti. Sui cucciotti, che, per la suscettibilità di espansione del cranio secondaria ad un aumento del volume cerebrale, potrebbero più completamente riprodurre il quadro dell'idrocefalo, l'operazione riesce molto indaginosa per la forte sanguificazione delle ossa craniche in via di sviluppo.

La resezione ossea (previo lembo delle parti molli con peduncolo retroauricolare) veniva fatta a livello di una bozza parietale, e ampliata in basso e posteriormente. Lembo di dura a peduncolo inferiore. Incisione della sostanza cerebrale per circa 2 cm. parallelamente al decorso delle circonvoluzioni. L'incisione viene a corrispondere alla parte anteriore del lobo occipitale, e si approfonda fino a penetrare nel prolungamento postero-inferiore del ventricolo laterale (circa 1 cm.). La

(*) Vedi fasc. 47 del 1922, p. 1625.

ferita cerebrale può essere divaricata con piccole spatole o con uno speculo nasale, e tenuta beante per qualche tempo con striscie di garza bagnate in soluzione fisiologica calda.

Ci si accorge di aver aperto il ventricolo, più che dalla scarsa quantità di liquor, che fuoriesce, dall'aspetto quasi levigato e bianco della sua superficie interna, prominente nella cavità.

parte dei plessi coroidei asportati, passando traverso il corpo calloso.

La via transcorticale, da me seguita, non presenta speciali difficoltà, nè lascia deficit apprezzabili negli animali. In nessun caso ho osservato lo stabilirsi di una fistola ventricolare.

Nei casi, in cui avevo eseguito un trapianto di aponevrosi, ho osservato che questo aveva

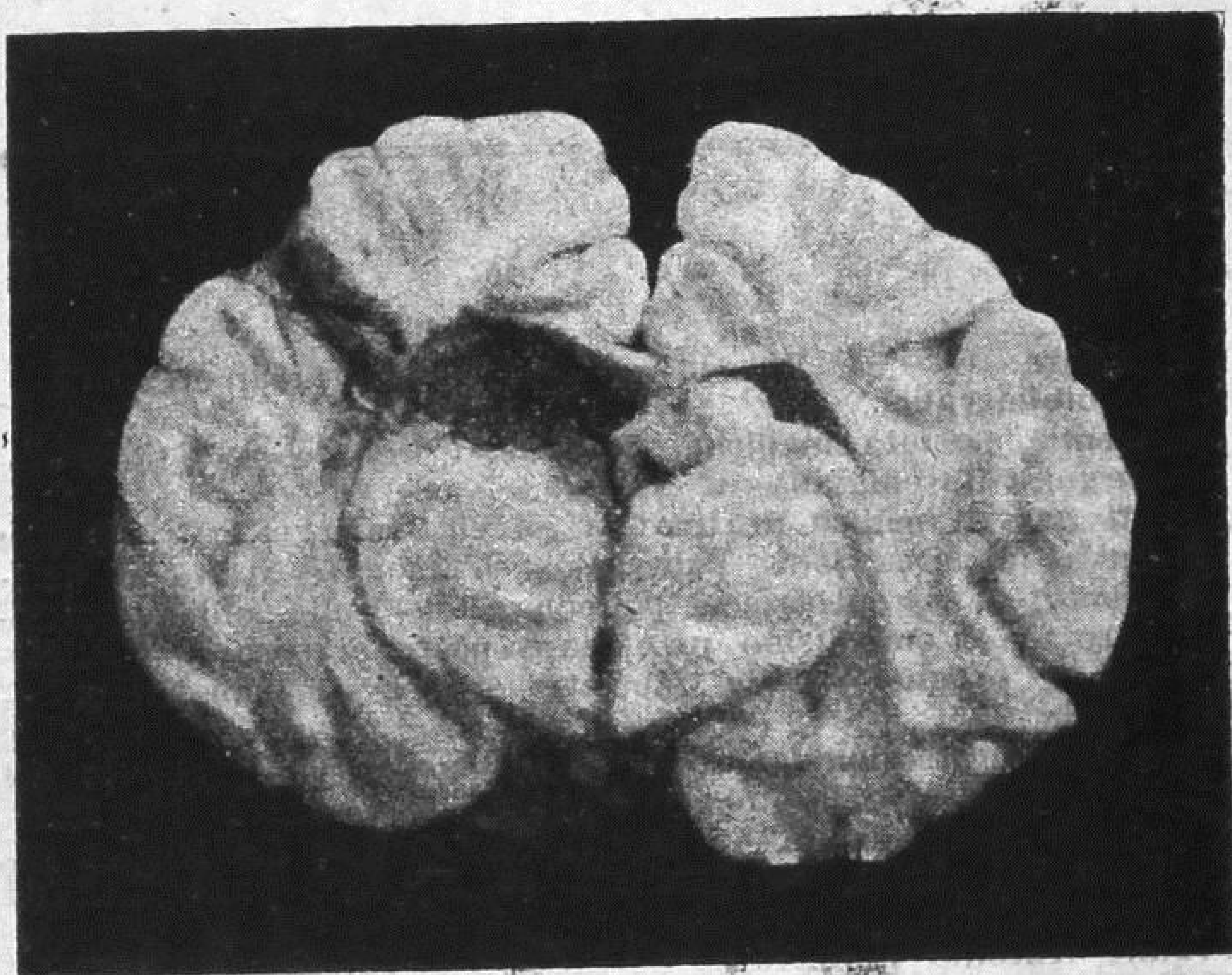


Fig. 1.

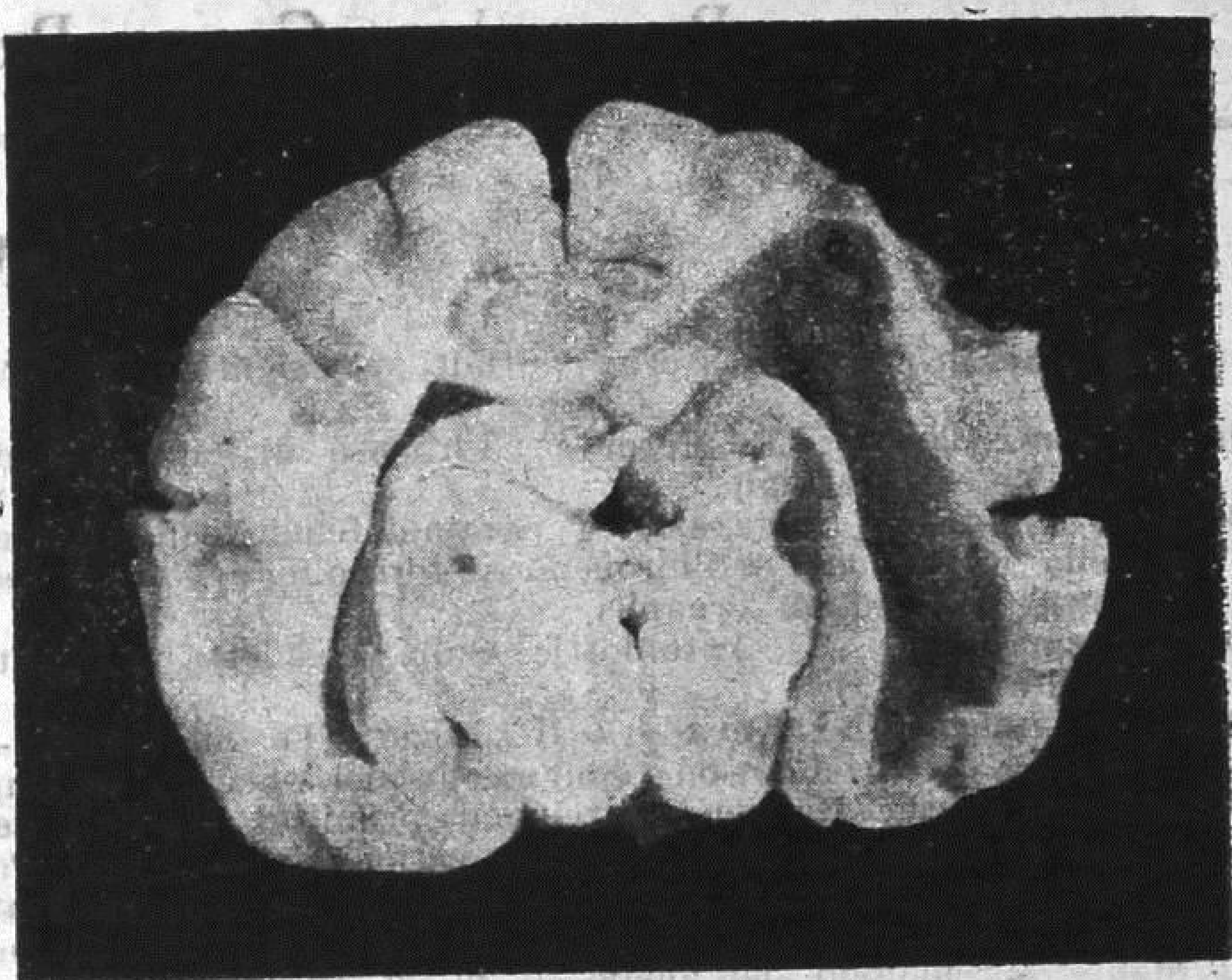


Fig. 2.

Estratti i piccoli divaricatori la ferita cerebrale resta per qualche tempo beante.

Si spinge quindi, con la punta di una sonda incurvata, un batuffolino di garza, o un frammento di muscolo, lungo la sporgenza del fornice, in senso anteriore e mediale, finchè s'incontra una certa resistenza. Il corpo estraneo si è allora probabilmente immesso nel forame interventricolare. Si ritira la sonda. Si ribatte il lembo di dura sulla superficie cerebrale. Poichè il lembo non la copre intieramente, ho in molti casi aggiunto un trapianto di aponevrosi (preso dall'aponevrosi temporale). Sutura delle parti molli.

L'operazione procede di solito senza notevoli difficoltà. Non sempre però si riesce a dirigere il corpo estraneo esattamente nel forame di Monro. Qualche volta esso viene sorpassato; altre volte invece si va a finire troppo all'esterno, nel prolungamento frontale del ventricolo laterale.

Ho già ricordato che questa è la via seguita da Dandy nei suoi esperimenti sui cani e nei suoi tentativi di cura dell'idrocefalo nei bambini. Recentemente Läwen ha pure operato in modo analogo un caso d'idrocefalo. Egli ha anche eseguito ricerche sugli animali e sui cadaveri, arrivando alla conclusione che i ventricoli laterali possono essere aperti, e buona

preso tenaci aderenze con la corticale. Tale fatto deporrebbe contro l'uso dei trapianti aponevrotici quale *mezzo isolante* in chirurgia cranio-cerebrale.

L'occlusione di un forame di Monro è capace di produrre in pochi giorni una notevole dilatazione del ventricolo laterale escluso. Nel

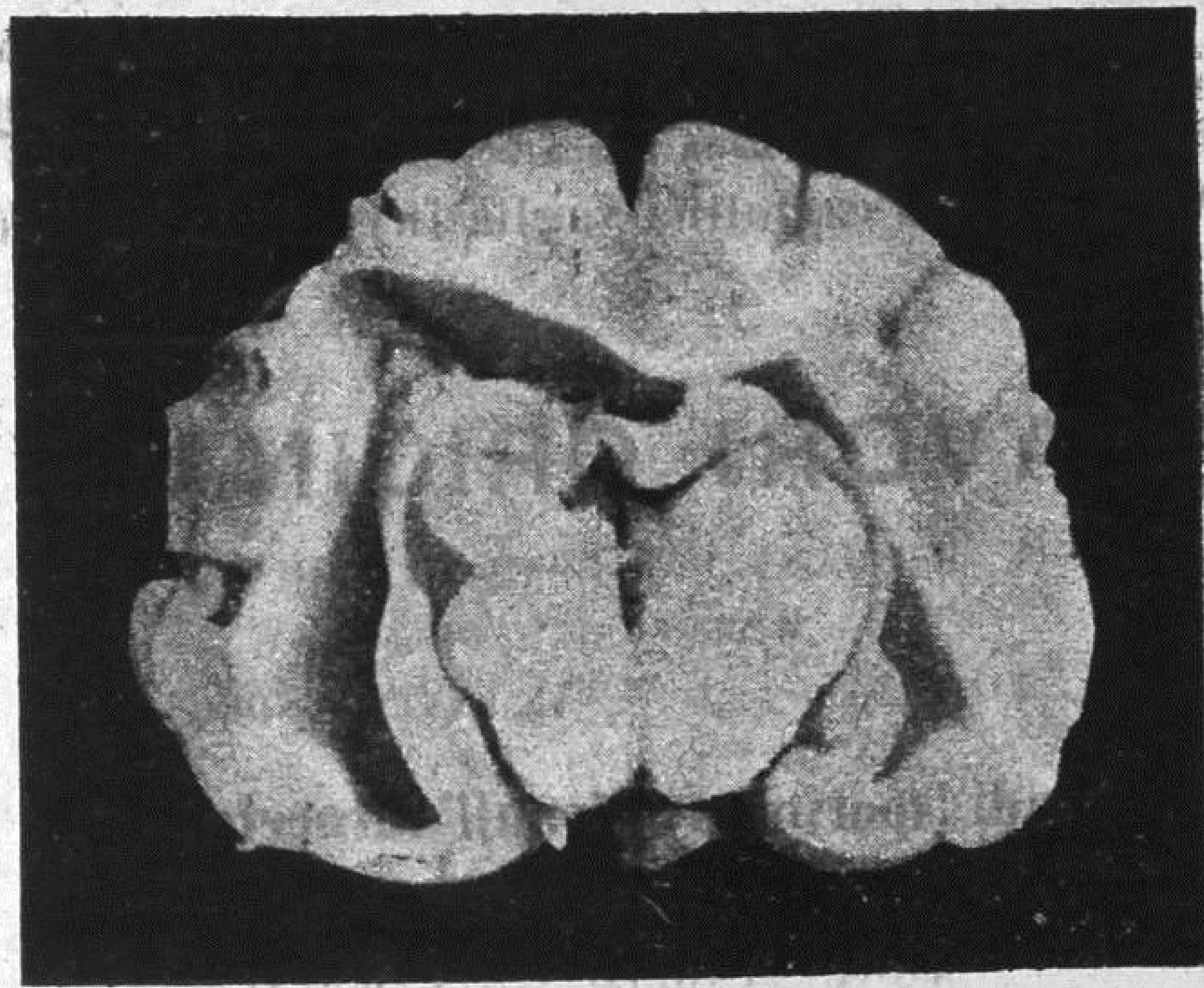


Fig. 3.

cervello, di cui alla fig. 1, l'occlusione datava da soli 5 giorni. Nel cervello, di cui alle figure 2-3, l'occlusione datava da circa 5 mesi. In questo la dilatazione assai forte era accompagnata da un notevole assottigliamento della

sostanza cerebrale. L'emisfero, corrispondente al ventricolo escluso, appariva aumentato di volume, le circonvoluzioni appiattite, i solchi quasi scomparsi.

In due casi tentai di occludere in due tempi i forami di Monro dei due lati. Ma non ebbi successo.

L'asportazione dei plessi coroidei, da me tentata in cani di piccola taglia, non è riuscita che parzialmente. L'asportazione totale dei plessi del ventricolo laterale, come è stata eseguita da Daudy, credo sia possibile solo in animali di grossa taglia, data la sottigliezza e la lacerabilità dei plessi stessi.

In due animali ho cercato, facendo una cranioresezione bilaterale (analoga a quella da me eseguita negli studi sperimentali sull'ipofisi), di passare una striscia di garza intorno al mesencefalo. In ambedue i casi gli animali morirono per emorragia e per le gravi lesioni cerebrali riportate durante l'operazione. Lo stesso intervento è invece riuscito nelle mani di Dandy.

***

A complemento delle ricerche soprariferite, ho voluto vedere, se nei casi, in cui si era prodotta una dilatazione ventricolare, i plessi coroidei del ventricolo escluso presentassero delle modificazioni istologiche; e se nello stesso ventricolo germi patogeni iniettati per via endovenosa o endoarteriosa, si localizzassero con maggiore facilità

Ho notato che le cellule, a carattere epiteliale, che rivestivano le frange vascolari del ventricolo escluso, si presentavano come rigonfie, e il loro protoplasma appariva ripieno di vacuoli.

Per ciò che riguarda l'attecchimento di germi nel ventricolo escluso, nei due casi in cui iniettai delle emulsioni di stafilococco aureo, una volta nella giugulare interna, un'altra nella carotide comune, non ho osservato alcuna localizzazione.

Queste ultime ricerche hanno bisogno di essere continuate.

***

Desidero di ringraziare i Dott. Maltese ed Errico, che hanno collaborato in questi miei studi sperimentali.

BIBLIOGRAFIA.

DANDY. Annals of Surgery, 1918.
ID. Id., id., 1919.
LÄWEN. Brun's Beitr. z. Kl. Ch., 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

LABORATORIO MEDICO-MICROGRAFICO MUNICIPALE DI NOVARA
Direttore: Dott. POLICARPO BANDINI.

Un caso di ematuria da strongiloide intestinale

per il dott. PIERO FORNARA.

Da tempo mi occupo delle conseguenze della infestazione umana per lo Strongiloide intestinale ed a ciò fui indotto dal fatto che tale infestazione, considerata dai classici come rara, io invece trovai nella provincia di Novara abbastanza frequente, più frequente direi dell'anchilostomiasi che da noi va diventando rarissima. Certo nei paesi temperati europei la Strongiloidiasi è considerata cosa talmente rara da indurre alcuni autori a pubblicarne casi singoli (vedi Trappe (1), Von Korczynski (2), Ginsburg (3), Thomas (4), ecc.) come notevoli per la loro eccezionalità, e benchè nei trattati classici di Enterologia (Schmidt-Von Noorden (5), Kemp (6) essa sia detta affezione relativamente frequente in Italia, pure anche da noi essa è poco nota ed io nella letteratura medica italiana non ne conosco nessuna particolare pubblicazione. E che in realtà sia affezione rara in certe regioni italiane è un fatto che mi è confermato da ciò che il defunto mio maestro Senatore Bozzolo a proposito di un caso (caso unico in tre anni di internato) che vidi nella sua Clinica mi diceva di averne visti pochi casi. Orbene io in cinque anni in cui passo i mesi estivi in questo laboratorio batteriologico ne vidi quattro casi: in tutti i casi che ebbi ad osservare negli anni precedenti essa causava una sindrome banale intestinale di vaghi dolori intestinali colici con alternative di stipsi e di diarrea, in un caso con lieve anemia, in tutti con eosinofilia intensa: l'unico reperto caratteristico era la presenza di larve mobili già nelle feci appena emesse: è nota infatti la biologia di tale verme: descritto già da Bavay nel 1877 come Anguillula intestinalis e denominato poi da Grassi Strongyloides intestinalis esso fa parte della classe dei Nematelminti, dell'ordine dei Nematodi, della famiglia degli Angiostomidi ed ha la caratteristica di essere un verme a sviluppo eterogonico cioè con due generazioni, una sessuata che vive libera nell'ambiente esterno e una asessuata partenogenetica che conduce vita parassitaria: la femmina della generazione sessuata o libera (detta per l'habitat caratteristico Str. stercoralis) lunga 1-1,5 mm. larga 30-35 μ, fecondata dal maschio (lungo 0,65-0,75 mm., largo 32-35 μ)

produce delle uova delle dimensioni di 70 μ X 40 μ, che si maturano già nell'utero materno e di solito si schiudono già ivi lasciando in libertà una larva rabditoide delle dimensioni di 200-300 μ × 14-16 μ; essa cresce rapidamente sino a raddoppiare le proprie dimensioni e assume allora l'aspetto di larva strongiloide o filariforme. E' questa larva strongiloide che penetra nell'organismo umano e ivi si sviluppa in femmina partenogenetica che vive nell'intestino fissandosi alle pareti e ivi depone le sue uova che si sviluppano già nel lume intestinale sì che nelle feci già si trovano le larve rabditoidi, che nelle feci poi si sviluppano secondo il suddetto ciclo in verme perfetto a sessi differenziati.

Il caso che ora mi induce a pubblicare tale lavoro preliminare in cui conto riassumere e le mie conoscenze personali sull'argomento e la letteratura che con esso ha relazione è veramente interessante: il 28 luglio di quest'anno il dottor Botto di Quarona mi portava una boccetta di orina da esaminare; l'orina è di una donna che in pieno benessere improvvisamente il 24 era stata presa da violenti dolori a tipo di colica renale sinistra. Il dottore che a un esame sommario delle orine vi riscontrò albumina e sangue, approfittò di una sua venuta a Novara per portarmi un campione dell'orina. All'esame chimico trovo: colore rosso bruno, trasparenza torbida, densità 1026, reazione acida, albumina presente (al dosaggio con l'Esbach 1,5 %), sangue presente in forte quantità, glucosio, acetone, acido acetico, assenti, indacano, urobilina traccie. In seguito a prolungata centrifugazione con centrifuga elettrica ottengo un abbondante sedimento del colore ed aspetto di sangue puro: all'esame microscopico tale sedimento appare costituito di globuli sanguigni in cui si vedono guizzare e muoversi numerosi piccoli vermi delle dimensioni di 200-350 μ × 14-20 μ.

Dopo pochi giorni io mi reco, previo accordo col medico curante, a vedere l'ammalata in questione: a Cavaglia Sterna, una elevata frazione alpestre a circa mezz'ora di marcia da Rocca-Pietra, a pochi chilometri da Varallo-Sesia, trovo l'ammalata, una donnetta vispa e sana di 49 anni, moglie di un uomo vivo e sano e madre felice di 9 robusti figli. L'amm. che nacque e dimorò sempre nel suo paesello vi trascorre la sua tranquilla esistenza accudendo alle faccende domestiche ed ai lavori spesso assai faticosi a cui sono avvezzate le nostre montanine, lavori di prato, di pascoli all'alpe, di frutteto; da che ricorda non fu mai ammalata, tranne disturbi intestinali di breve durata e di lieve entità che essa attribuisce a indigestioni.

L'alvo è abitualmente stittico. Essa racconta così la sua attuale malattia: lunedì 24 mentre si affaccendava al forno a preparare il pane, alle 10 di mattina fu presa da un violentissimo dolore all'ipocondrio sinistro; il dolore era di tale intensità da costringere l'Amm. a letto e a far chiamare subito il medico: al dolore si sopraggiunse ben presto l'ematuria: il medico prescrisse una pozione calmante a base di laudano e il dì dopo, poichè il dolore non accennava a calmarsi, fece una iniezione di morfina: il dolore infatti cedette e anche l'ematuria andò rapidamente diminuendo sì che dopo cinque giorni essa non era più macroscopicamente visibile; la cura ulteriore fu a base di urotropina. Il 31 le orine presentavano i seguenti caratteri: colore giallo carico, acidità normale, densità 1028, albumina presente in traccie non dosabili. Sangue presente. All'esame microscopico del sedimento: leucociti ed eritrociti in modica quantità, rarissimi cilindri jalino-granulosi. Non si trovano più vermi.

All'esame del sangue: emoglobina (Sahli) 90, globuli rossi 4.600.000, globuli bianchi 6500, formula leucocitaria, polinucleati neutrofili 41 per cento, linfociti 34 %, monociti 7 %, eosinofili 17 %, basofili 1 %.

All'esame delle feci: sangue assente, stercobilina presente, bilirubina assente alla reazione di Schmidt-Triboulet. Nulla di particolare all'esame microscopico.

Il giorno 5 agosto rivedo le orine e le feci; le orine han la densità di 1018 e non contengono che traccie minime di albumina e di sangue. Le feci non contengono vermi.

Il giorno 16 agosto le orine di densità 1016 non contengono più nè sangue nè albumina. Le feci contengono in mediocre quantità mobilissimi nematodi che hanno i caratteri delle piccole larve rabditiformi dello Strongiloide.

La donna si sente ora perfettamente bene e dalla metà di agosto ha ripreso la sua vita abituale.

***

Questo caso oltre a costituire una interessante rarità clinica che viene ad aumentare le cause parassitarie dell'ematuria è un altro anello che viene ad aggiungersi alla ormai numerosa catena di argomenti e di osservazioni che in questi ultimi tempi sconvolse e modificò le nostre conoscenze sul ciclo di sviluppo dei nematodi. Mentre i classici insegnano che i parassiti dell'ordine dei nematodi penetrano nell'organismo attraverso agli ori-

fizi naturali e specialmente per la bocca e svolgono il loro intero ciclo di evoluzione nel canale digerente, oggi sappiamo per certo che la penetrazione orale dei parassiti non ne è l'unica via d'entrata e sopratutto che il ciclo loro di sviluppo non si fa in un modo così semplice e così liscio nel canale gastro-enterico.

Già nel 1898 Looss (7) dimostrò che la larva dell'anchilostoma duodenalis penetra attraverso la pelle sana ed integra dell'uomo e del cane, entrando per movimenti attivi nei punti di desquamazione epidemica e nei follicoli piliferi e per le vene cutanee dopo un passaggio attraverso il cuore destro, il polmone, la trachea e l'esofago va a finire nell'intestino. Ciò fu contraddetto e combattuto da Leichtenstern, da Sandwith, da Pieri e da Grassi ma fu ben presto confermato da ulteriori ricerche di Bentley (1902), di Bancroft (1902), di De Ménèzes (1902), di Schaudinn (1904), di Lambinet (1904), di Herman (1904), di Lalmette et Breton (1905), di Tenholt (1905), di Boycott (1905), di Brunn und Müller (1905), di Liefemann (1905), di Pieri (1905), di Alessandrini (1905), di Smith (1905), di Schüffner (1905), di Ashford, King and Gutierrez (Commissione sulla anemia di Porto Rico (1906), di Looss (1911). (8).

Analogamente all'Anchilostoma ciò fu dimostrato per il Necator Americanus da Gomez de Faria, Fectasa e Smith, per lo Stephanurus dentatus da Bernard e Bauche, per lo Schistosoma japonicum da Katsurada, da Yashegawa e da Yonigi Mijagawa (9), per lo Strongyloides intestinalis da Van Durme (10) e da Marzocchi (11).

Non solo, ma anche la penetrazione della Filaria Bancrofti e forse anche della Filaria Loa e della Dirofilaria Immitis avviene, almeno secondo gli studi recenti di Neveau-Lemaire (12), per un meccanismo simile poichè le zanzare ospiti intermedii non inoculerebbero direttamente le microfilarie con la loro puntura come l'anofele inocula il plasmodio malarico, ma lo depositerebbe alla superficie della pelle che poi esse attraverserebbero attivamente.

Ma quello che per la pratica è ancora più importante è il successivo ciclo di sviluppo del parassita una volta entrato nell'organismo, poichè la sua conoscenza può forse contribuire a spiegare meglio una parte dei disturbi di cui i nematodi sono incriminati.

Per esporre meglio le cose distinguerò i parassiti a penetrazione percutanea e quelli a introduzione per via orale. Ad esempio di questi, prenderò l'ascaride il cui ciclo di evoluzione fu in questi ultimi anni bene studiato da Stewart (13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23) in Inghilterra, da Ransom e collaboratori in America (24-25-26-27-28), da Yoshida in Giappone (29), da Fulleborn (30-31-32-33) e Nettesheim (34) in Germania, da Yoyeux e Brumot (35) in Francia.

E' noto dopo gli studi del Grassi (1880) che l'ascaride ha nell'uomo uno sviluppo diretto cioè che le uova giunte col cibo nell'intestino si sviluppano in larve e queste in vermi perfetti senza bisogno di uscire dall'organismo, senza bisogno di passare, per completare il suo sviluppo in secondo ospite.

Ciò non fu infirmato dagli studi recenti poichè anche Stewart che nei suoi primi lavori emise l'ipotesi che il topo potesse costituire un ospite intermedio dell'ascaridiasi ha ora completamente abbandonato tale idea; ma quello che le moderne ricerche costantemente dimostrarono falso è la concezione che lo sviluppo dell'ascaride si compia completo nell'intestino; oggi noi dobbiamo considerare come positivamente dimostrato che il ciclo dell'ascaride si svolge sì tutto nell'individuo infestato ma non tutto nel suo apparato digerente; le larve di ascaride sviluppatesi nell'intestino dalle uova inghiottite non si possono fissare immediatamente alle pareti intestinali e ivi svilupparsi, ma devono per compiere tale sviluppo emigrare. Secondo Fülleborn, Ransom e Stewart penetrano nei vasi venosi intestinali e per essi vanno alla porta, al fegato, poi per le vene epatiche e la cava inferiore al cuore destro e di qui ai polmoni. Per Yoshida invece le larve arrivano ai polmoni per un'altra via: esse attraverserebbero per effrazione le pareti intestinali, entrerebbero nella cavità peritoneale, attraverserebbero per movimenti attivi il diaframma, arriverebbero nella pleura e di qui al polmone; ma tale via se pure è possibile fu dimostrata dalle ricerche di Ransom e Cram e di Fülleborn eccezionale. Ad ogni modo quel che è certo è che in un periodo variabile dal 6° al 12° dì dopo l'infestazione si trovano nei polmoni le larve: esse seguono poi i condotti aerei, passano nei bronchi, nella trachea e raggiungono la cavità orale; sono poi deglutiti, ridiscendono nelle vie digerenti e arrivano all'intestino da cui erano partiti e questa volta vi si fermano definitivamente per svilupparsi, dopo le regolari mute, in individuo adulto. Però dal polmone all'intestino tale via tracheo-esofagea non è l'unica via di passaggio: un'altra ne è possibile e sulla cui frequenza ed importanza insiste in particolar mo-

do Fülleborn: dal polmone le larve possono passare per le vene polmonari al cuore sinistro e da questo per l'aorta alle varie arterie che le conducono ai diversi visceri e fra questi all'intestino. Tale via spiega come nelle infezioni sperimentali possiamo trovare di tali larve nei diversi organi e visceri periferici, nel cervello, nella milza, nell'utero, nei muscoli, nelle diverse linfoghiandole, nel rene. (1).

Qualche cosa di analogo vale anche per gli altri nematodi: per l'Anchilostoma fu dimostrato da Loos (l. c.), da Mijagawa (36), da Fülleborn (37), da Yoshida (38); per il Trichosomoides crassicauda (parassita del topo) da Yokogawa (39); per l'Angiostomum nigrovenosum (parassita della rana) da Fülleborn (40); per i diversi nematodi da Brumpt (41). E anzi per molti di essi tale ciclo si compie sia nel caso di penetrazione per via orale sia nel caso di penetrazione per via percutanea; nel primo caso i passaggi saranno affatto identici a quelli che descrivemmo per l'ascaride, nel secondo caso essi saranno per forza lievemente differenti; penetrati attraverso la cute le larve per i vasi cutanei vanno alle grandi vene e al cuor destro, dopo di che il ciclo procede come nel primo caso. Per qualche Autore vi è una più netta distinzione del ciclo di evoluzione a seconda della via di entrata del parassita. Bernard e Bauche (42-43) sostennero una tale differenziazione a proposito dello Stephanurus Dentatus. Se questo penetra per via orale le larve andrebbero dall'intestino alla porta e al fegato e ivi si fermerebbero; se la penetrazione delle larve si fa per via percutanea il ciclo sarebbe quello suesposto dalla cute al cuor destro e di qui al polmone. Fin dove tale distinzione debba essere nettamente mantenuta non saprei dire; che il fegato davanti alla introduzione per os di una scarsa quantità di larve possa arrestare per la strada, è un fatto certo ma non meno certo è che anche in casi di infestazione orale sperimentale si possono seguire le diverse tappe del ciclo di sviluppo dal fegato al cuore destro.

Nè tali studii hanno solo un interesse teorico e scientifico; essi servono anche in patologia a spiegarci una parte dei disturbi causati da vermi; accanto ai disturbi da tossine verminose (44) ormai ben studiati sperimentalmente e clinicamente, accanto ai disturbi anafilattici in cui gli elminti giuocano il ruolo di antigene (45-46), altri disturbi possono essere causati dai nematodi meccanicamente non solo per la presenza di agglomerati di vermi adulti nell'intestino o per il loro migrare in organi che non vi sono abituati (dotti biliari, stomaco) ma anche per la presenza nei visceri più diversi delle larve che vi possono causare embolismi ed emorragie.

Già le larve penetrando attraverso la cute possono causare lesioni cutanee: nelle scimmie Swift, Boots e Miller (47) descrissero una speciale dermatosi caratterizzata da noduli sottocutanei, edemi periarticolari e striature serpiginose delle palme e delle piante, con presenza nei noduli di larve e vermi di una specie nuova di nematodi che denominarono Thrichosoma cutaneum. Nell'uomo Bozzolo, Perroncito, Stooff, Manouvriez descrissero una dermatosi papulo-vescicolosa che sotto nomi diversi nei diversi paesi si osserva nei contadini, minatori e fornaciai ed è causata dal penetrare di larve di Anchilostoma: Nielly (48) nel 1882 descrisse una dermatosi papulosa osservata a Brest in un mozzo quattordicenne, in cui nelle papule come nel sangue trovò delle larve di Rhabditis; infine Neveau-Lemaire e Brumpt (ll. cc.), insistono recentemente sul ruolo patogeno dei diversi nematodi a penetrazione cutanea nel causare dermatosi ora a tipo di orticaria con eritemi e prurito, ora a tipo di eruzioni papulo-vescicolose o postuloulcerose.

Nei polmoni anche, le larve dei diversi nematodi possono causare disturbi e malattie; dalla tosse stizzosa (wormy cough) frequente in Cina là dove l'ascaridiasi è comunissima e che guarisce con la santonina, ad affezioni bronchiali e bronco-pneumoniche meglio definite. Mosler (49) già più di 50 anni fa studiando la infestazione sperimentale di bambini con le uova di ascaridi osservò che in certi casi pochi giorni dopo la ingestione delle uova il bambino presentava dispnea, tosse e febbre. Lutz (50) nel Sud America in uno studio sperimentale di infestazione con uova di ascaridi in un volontario di 32 anni vide comparire poco dopo l'ingestione di 100 uova febbre lievemente remittente ed un'intensa bronchite a cui seguirono sintomi di catarro intestinale: una cura anti-elmintica fece espellere 35 ascaridi giovani. Più recentemente Ransom (51) e Steiner (52) sostengono che in casi di affezioni polmonari infantili si deve sempre cercare accuratamente se questi non possono essere sintomo di una infestazione di ascaridi.

(1) Per il rene Yoshida sostiene che le larve vi arrivano direttamente, per passaggio diretto attivo dalla cavità peritoneale, mentre Fülleborn che fece delle esperienze in proposito isolando i reni in sacchi di gomma, sostiene che vi arrivano per la corrente sanguigna, embolicamente.

Più note ancora sono le conseguenze della presenza di larve nell'utero, che in casi di gravidanza delle donne infestate possono passare alla placenta ed ai polmoni del feto causando così una infestazione prenatale: ciò fu dimostrato per il Dictyocaulus filaria del montone da Neveau-Lemaire (53), nell'uomo per lo Schistosoma da Fujinami e Nakamura (54) e da Narabayashi (55-56); per l'Anchilostoma da Howard (57), per l'Ascaride da Fülleborn (58), per i diversi nematodi in genere da Cort (59).

Nel fegato, nella milza, nel rene, nelle linfoghiandole non conosco casi almeno nella letteratura medica (chè la veterinaria ne abbonda) di dimostrata infestazione con larve dei comuni nematodi: le nostre argomentazioni qui si arrestano alle analogie con la patologia veterinaria ed ai dati della infestazione sperimentale.

Ma torniamo al nostro Strongiloide. Quanto dissi a proposito del ciclo di sviluppo dei nematodi in genere vale anche per esso: penetri attraverso la cute o per via orale, esso non si fisserà definitivamente nell'intestino se non dopo aver fatta la sua peregrinazione per l'organismo, ed anzi i primi studi del 1914 del Fülleborn ed i successivi di Yoshida (ll. cc.) furono fatti parallelamente per l'Anchilostoma e per lo Strongiloide e dimostrarono una grande analogia di ciclo fra questi due nematodi. Quindi è logico che anch'esso possa causare disturbi nei diversi visceri, lesioni cutanee ed affezioni polmonari, lesioni epatiche e lesioni renali: anzi della presenza delle sue larve nel polmone abbiamo una conferma clinica nel caso di Gage (60); questo autore in un uomo convalescente di bronco-polmonite trovò all'esame degli sputi la presenza di larve filariformi di Strongiloide intestinale e all'esame delle feci la presenza di larve rabditiformi; l'Amm. morì e l'autopsia rivelò accanto a lesioni ulcerative del duodeno e dell'ileo con presenza dello Strongiloide nelle varie tuniche dell'intestino, nei suoi vasi linfatici e nelle regioni retroperitoneali, lesioni di bronchite e broncopolmonite con larve filariformi nell'essudato bronchiale e peribronchiale.

Di casi di ematuria per la migrazione delle larve di Strongiloide nel rene, nelle mie ricerche bibliografiche non ne trovai: sperimentalmente Fülleborn dice frequenti le lesioni renali nelle infestazioni da Strongiloide, ma nell'uomo pare che tale frequenza sia sfuggita cosicchè non posso accanto al mio caso citarne altri simili; però la mia attenzione è stata richiamata dal fatto che numerosi sono nella letteratura medica i casi in cui larve rabdiformi furono trovate nelle orine con albumina e sangue: fu il primo Schreiber (61) a descrivere un caso di una donna ungherese con pleuropolmonite, catarro gastro-enterico e pielonefrite: le orine giallo-brune che contenevano albumina, sangue, pus e cilindri presentavano all'esame microscopico numerosissimi piccoli nematodi a differente stadio di sviluppo, in gran parte vivi e mobili; Schreiber che studiò accuratamente il suo caso concluse che tali nematodi, che denominò Rhabditis Genitalis, non sono parassiti ma erano entrati accidentalmente nelle prime vie urinarie essendo penetrati in vulva per l'applicazione di cataplasmi di terra alle coscie ed essendo poi di qui risaliti per le vie urogenitali. Oerley (62) identificò tale nematode con la Rhabditis Pellio descritta da Schneider nel 1866 e lo considera anch'esso come privo di ogni potere patogeno. Poco dopo Baginski (63) e Peiper e Westphal (64) descrissero casi di ematuria con presenza di larve rabditiformi nelle orine; infine più presso a noi il professor Condorelli-Francaviglia (65), descrisse un caso di un nefritico in cui l'esame delle orine rivelò una albuminuria di 0,50 % e nel sedimento accanto a cilindri jalini e jalino-granulosi e leucociti, numerosissimi nematodi della lunghezza di 190-300 μ, della larghezza di 10-15 μ. Condorelli-Francaviglia conclude dalle sue ricerche che nel suo caso come in quelli della letteratura deve trattarsi di larve di Rhabditis Pellio nematode della famiglia degli Anguillulidi (che non ha nulla a che fare con lo Strongiloide che appartiene agli Angiostomidi benchè alcuni vecchi Autori lo chiamino col nome di Anguillula Intestinale), che non ha alcun potere patogeno e che è un ospite accidentale ora delle prime vie urogenitali ora del vaso da notte.

Sarà, ma non può non apparire strano che tali larve compaiono sempre e solo in coincidenza con albuminuria ed ematuria; ad ogni modo senza pregiudicare la questione se nei casi di Schneider, di Babinski, di Peiper e Westphal, di Condorelli-Francaviglia si trattasse sempre della Rhabditis o se almeno in qualcuno di questi casi, quelli con ematuria del secondo e terzo autore, non si tratti di vere e proprie larve di Strongyloides Intestinalis, certo è che nel mio caso le larve presenti nell'orina erano vere e proprie larve di Strongiloide come ne fa fede il successivo comparire di larve nelle feci: possiamo quindi ammettere che in un primo periodo dopo l'infestazione strongiloidea le larve reduci dal cuore andarono ad embolizzare le arteriole renali; in un successivo periodo altre ne scesero all'in-

testino ed ivi si svilupparono in femmine adulte partenogenetiche.

Per terminare, qualche parola sulla cura della Stongiloidiasi: è una cura che non è facile, a detta di tutti gli Autori; è un parassita assai resistente ed ostinato, e di ciò ne fa conferma il numero dei metodi terapeutici consigliati (glicerina per os e per clistere suggeriti da Preti, miscele di felce maschio e di timolo da Korczynski, ecc.): io ottenni sempre buoni risultati con l'uso del timolo ad alte dosi (6-8 gr. al dì) secondo la classica ricetta di Bozzolo e del suo effetto ebbi una conferma sperimentale nel fatto che nelle soluzioni all'1:1000 di timolo le larve di Strongiloide muoiono in pochi minuti.

AUTORIASSUNTO.

L'Autore, dopo aver accennato alla frequenza relativa della Strongiloide intestinale nella provincia di Novara ed alla sintomatologia intestinale che esso causa, espone un caso di propria osservazione in cui dopo una sindrome di colica renale sinistra si trovarono nelle orine albumina, sangue e numerose larve mobili filariformi; dopo qualche tempo anche nelle feci si trovarono larve di Strongiloide.

Espone le moderne conoscenze sul ciclo di sviluppo dei Nematodi e spiega con esse il suo caso: le larve dello Strongiloide penetrate nell'organismo, sarebbero passate nel polmone, poi nel cuor sinistro e da questo per la grande circolazione al rene.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE MILITARE DIVISIONALE DI CHIETI.
Direttore: Col. L. RIZI.

I paramidofenoli nella ricerca e nella distinzione dell'idrogeno solforato e dell'acido iposolforoso nei liquidi organici.

Nota del dott. EMILIO PITTARELLI
e Microscopia Clinica.

All'igienista frequentemente e al clinico non di rado capita di dovere identificare l'idrogeno solforato; il biologo, dal canto suo, ha occasione d'incontrarsi nell'acido iposolforoso, che è un componente normale dell'orina di alcuni animali.

Il primo di detti corpi ha molteplici e sensibilissimi reattivi nell'olfatto, nel nitroprussiato di sodio, nei sali dei metalli pesanti e specialmente nella parafenilendiamina (*reattivo di Lauth*) e nel suo derivato dimetilico (*reattivo di Caro*), che ne svelano le più minime traccie.

Non è altrettanto dell'acido iposolforoso. Facile a identificarsi nelle soluzioni di media concentrazione per la scomposizione che subisce in zolfo ed anidride solforosa, esso nelle soluzioni diluite presenta serie difficoltà, perchè da una parte la decomposizione è molto lenta (richiede perfino 2-3 giorni), e dall'altra i prodotti di essa in minima quantità non offrono segni sensibili all'olfatto (*anidride solforosa*), nè alla vista (*zolfo precipitato*).

Dei reattivi che sieno in grado di svelare con sicurezza e semplicità le traccie d'iposolfiti, costituiscono perciò un vivo bisogno della Chimica medica.

Il paramidofenolo e il suo derivato monometilico, noto nell'industria fotografica sotto il nomignolo di *metol*, possono colmare, almeno in parte, questa lacuna: essi, inoltre, costituiscono pure dei reattivi delicatissimi per l'idrogeno solforato, che raggiungono la sensibilità veramente straordinaria delle citate diamine, e possono vantaggiosamente sostituirle, sia perchè più conservabili, sia perchè di prezzo meno elevato, sia infine, perchè più facili a trovarsi in commercio, per l'uso corrente che ne fanno i fotografi.

La ricerca dell'acido iposolforoso con gli amidofenoli va praticata in questo modo:

Nel liquido in esame si sciolgono alcuni cristallini di paramidofenolo o di metol, indi si aggiunge dell'acido cloridrico, in proporzione di un cmc. di acido concentrato per 40-50 cmc. di liquido; si versa, da ultimo, a goccia a goccia, una soluzione di cloruro ferrico diluita al 10 %. In presenza di acido iposolforoso non tarderà a manifestarsi una intensa colorazione *arancio*, che nelle estreme diluizioni è *gialla*. Il colore prodotto è una tiazina, della stessa famiglia del bleu di metilene: qui non occorre entrare in maggiori dettagli.

La reazione è ancora netta nelle soluzioni contenenti una parte d'iposolfito sodico cristallizzato in 200,000 parti d'acqua: ciò che corrisponde a circa 1 parte di acido iposolforoso ($H^2 S^2 O^3$) per 400,000 di acqua. La sensibilità è, dunque, molto notevole, e soddisfa abbondantemente ogni ragionevole desiderio del bio-chimico.

Per la ricerca dell'idrogeno solforato si procede nella stessa maniera: e se ne ottiene una splendida colorazione rossa, appartenente essa pure alle tiazine.

I colori che si producono nell'una e nell'altra reazione sono solubili nell'alcool amilico;

questa circostanza permette non solo di percepire le più piccole tracce di colore prodottesi, ma altresì di praticare le reazioni nei liquidi colorati, alla condizione, naturalmente, che il colore proprio di essi non sia solubile nell'alcool amilico.

L'acido solforoso non turba punto le reazioni. È ovvio però che la presenza dell'acido solfidrico ostacola la reazione dell'acido iposolforoso, e inversamente. Nella ricerca degli iposolfiti bisognerà quindi eliminare l'idrogeno solforato, e inversamente.

L'idrogeno solforato si può eliminare, semplicemente, con del solfato di zinco; il quale, a freddo, è assolutamente inattivo sull'acido iposolforoso, e non turba punto la reazione degli amidofenoli.

Non esiste, invece, un mezzo idoneo a separare l'acido iposolforoso dall'acido solfidrico: la reazione degli amidofenoli è perciò inapplicabile in tali casi, e bisogna ricorrere ad altri mezzi, che per l'acido solfidrico, invero, abbondano. E' particolarmente raccomandabile la reazione di Caro, la sensibilità della quale si può spingere a un grado estremo mediante un piccolo artifizio.

L'essenza di questa consiste, com'è noto, nella preparazione del bleu di metilene: essa si pratica tale e quale come quella descritta per gli amidofenoli, solo che, in luogo di questi, si usa la dimetilparafenilendiamina (o paramidodimetilanilina). Ora il bleu di metilene è insolubile in cloroformio, e insolubili sono in questo liquido anche l'acido picrico e l'aurantina: invece, la combinazione del bleu con l'una o con l'altra, vi si scioglie con una splendida tinta verde-smeraldo. Se dunque, *dopo* esaurita la reazione di Caro, si agita il saggio con del cloroformio, questo resta incoloro, anche se si è formato del bleu di metilene; ma se vi si aggiunge dell'acido picrico o dell'aurantina, il cloroformio *si colora in verde* anche se il liquido contiene solo una traccia di bleu impercettibile alla vista.

L'orina presenta il vantaggio di non richiedere aggiunta di acido picrico o di aurantina, perchè ne tien luogo il pigmento giallo normale di essa.

Questo piccolo artifizio sopprime anche due opposte cause d'errore a cui è soggetta la reazione di Caro. Quando l'acido solfidrico è in eccesso in rapporto alla diamina aggiunta, oltre a tracce di bleu si formano quantità abbondanti di *rosso di metilene*, che nasconde le tracce del primo. D'altra parte se il liquido non contiene acido solfidrico, il cloruro ferrico colora in rosso la diamina, producendo il così detto *rosso di Wüster*. Ora, tanto il rosso di metilene quanto il rosso di Wüster sono insolubili nel cloroformio, anche se addizionati di acido picrico o di aurantina. Il piccolo artifizio da me escogitato vale dunque a mettere in evidenza *in ogni caso* le più impercettibili tracce di bleu di metilene.

Chieti, 10 agosto 1922.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla cosidetta " rigidità extrapiramidale ".

Dott. RENATO ANTONIOTTI.

Differenza sintomatologica fra rigidità piramidale ed extrapiramidale. — La rigidità extrapiramidale — tipico esempio ne è quella riscontrata nel parkinson — è data dalla contemporanea contrattura, per l'ipertonia costante, degli agonisti ed antagonisti insieme, per cui ogni articolazione resta fissata in una data posizione. Ora, in condizioni normali — in cui pure abbiamo una contemporanea azione del tono fisiologico normale su agonisti ed antagonisti insieme — gli arti ci appaiono sciolti, senza contrattura, pel fatto stesso che il tono muscolare non è mai così forte da dare una posizione fissa ad un segmento; ma il segmento stesso invece obbedisce alla legge della gravità, perchè il suo peso la vince sul tono muscolare. E difatti, se noi guardiamo ai segmenti piccoli e poco pesanti, noi osserviamo allora che sulla gravità la vince il tono muscolare. Difatti, negli arti superiori in posizione di riposo lungo il corpo, noi osserviamo che le dita hanno una posizione di flessione: in esse cioè il tono muscolare la vince sulla gravità; e siccome i muscoli flessori delle dita sono più potenti degli estensori, ne avverrà che i segmenti prenderanno questo atteggiamento di flessione. Allo stesso modo si spiega l'atteggiamento di flessione nel parkinson e in generale nella rigidità extrapiramidale. Qui l'ipertono è superiore di gran lunga alla forza di gravità, e quindi tutti i segmenti, per la stessa ragione di sopra, si metteranno in atteggiamento di flessione, atteggiamento che è fisso e sempre costante, e difficile a rimuoversi appunto per la forte contrattura muscolare data dal tono così esagerato.

Inoltre qui non abbiamo fatti di paralisi, poichè la forza muscolare è perfettamente conservata. Osserviamo bensì un fatto caratteristico, e cioè la sproporzione tra forza statica e dinamica — sintoma di Forster e Dyleff: —

occorre cioè maggior forza per muovere da una posizione mantenuta dietro comando un segmento d'arto, che frenarlo nel movimento; o, in altre parole, nel movimento non viene realizzata tutta l'energia nominale di cui è capace il muscolo messo in movimento, ma una parte di essa è dispersa per vincere la rigidità; per cui ogni movimento richiede maggior sforzo e riesce più faticoso che ad un normale. Sulla spiegazione di questo fenomeno, come su altri fenomeni (fenomeno di Negro, Babinski e Jarkowski, ecc.) ritorneremo in seguito.

Dunque la rigidità extrapiramidale, come viene comunemente chiamata, differisce dalla rigidità consecutiva a lesioni delle vie motrici, oltre che per altri secondari, per tre fatti fondamentali, poichè:

1. — Essa coglie egualmente tutti i muscoli.

2. — Non vi son fatti di paralisi.

3. — Non vi è il sintoma di Babinski.

Origine e natura della rig. extrapir. — Questa rigidità extrapiramidale viene ora attribuita dalla maggior parte degli autori ad una lesione del corpo striato, il quale sarebbe il centro inibitore del tono muscolare, in contrapposto al cervelletto che ne è il centro rinforzatore. Si capisce quindi benissimo come, in seguito ad una lesione di esso corpo striato, venendo ad essere abolita l'inibizione sul tono muscolare, venga a stabilirsi una rigidità generale. Però molti obbiettano che questa questione è assai intricata, e dicono che, pel fatto stesso che, per lesioni delle vie motorie si ha pure rigidità — benchè, come abbiamo visto sopra, diversa da quella extrapiramidale — l'ipotesi che lo striato sia il centro d'inibizione del tono, è molto scossa. E difatti comunemente si ritiene che l'organo d'inibizione del tono muscolare sia la corteccia: e che quindi i fatti di ipertonia conseguono a lesione di quella o delle vie motrici, cioè delle piramidi, che da essa derivano.

Astraendo dal fatto che, nel caso particolare la rigidità è assai differente da quello per lesione delle vie motorie e che quindi non si può spiegare, ricorrendo ad esso, si può obbiettare:

1) Che se mai, l'unica difficoltà che si oppone alla ipotesi che mette nello striato il centro d'inibizione del tono, sarebbe quella della rigidità consecutiva a lesione della corteccia. Ma a me pare che in effetto piuttosto venga in appoggio. Difatti già nelle esperienze di fisiologia si osservò che per la decorticazione si ha una emiparesi ed insieme una esagerazione dei riflessi, oltre a fatti psichici di impulsività ed irrequietezza; ma non si ha affatto rigidità o se mai leggerissima (Luciani). Invece, dei fatti di rigidità intensissima quasi eguali a quelli da noi visti sopra si erano osservati nella cosidetta «rigidità da scerebrazione» (Sherrington) data da sezione dell'encefalo avanti ai corpi quadrigemini. Questa rigidità dipendeva dall'integrità delle radici spinali posteriori: infatti non si produceva o assai imperfettamente se esse erano tagliate prima, e scompariva se venivano tagliate dopo l'esperienza. Insieme si notano spesso movimenti involontari come tremori, ed altri più complessi a tipo coreico. Ora domando io a quelli che vogliono attribuire alla corteccia l'effetto inibitore sul tono muscolare, e quindi la rigidità per lesione, di quella, domando di considerare la lieve rigidità per decorticazione e di confrontarla con quella così intensa e connessa spesso a movimenti involontari, consecutiva a scerebrazione. Se anche questa rigidità dipende da lesione delle vie motorie, perchè questa differenza di effetti straordinaria in seguito a lesioni praticate a distanza di pochi centimetri? Non viene logico di pensare che in questo tratto il quale apporta così forti variazioni vi sia un organo che abbia una forte azione inibitrice sul tono muscolare cerebellare e spinale; e che quindi per la sua lesione si abbia una ipertonia così spiccata? Ora per l'appunto in questo tratto è situato il corpo striato; si capisce perciò la ipertonia nella scerebrazione, quando si pensi che la lesione cadeva sulle vie extrapiramidali o forse anche sullo striato stesso; si capiscono i movimenti involontari; si capisce infine anche la mancanza di rigidità se contemporaneamente venivano lese le radici posteriori, perchè venivano allora abolite le sensazioni cenestetiche che danno per riflesso il tono spinale e cerebellare.

Ma se poi consideriamo lo stato lieve di rigidità che ci apparisce nelle lesioni corticali innanzi tutto notiamo che essa appare un certo tempo dopo la lesione causale, e poi ci possiamo subito convincere che non si tratta già di rigidità da ipertonia, ma bensì di rigidità da contrattura passiva. Ciò è dimostrato innanzi tutto dal fatto che questa rigidità non si presenta nei muscoli più paralizzati (come dovrebbe essere se volessimo porne a causa una cessazione del potere inibitorio della corteccia per lesione di questa); ma principalmente in quelli che hanno ancora la loro motilità. «Inoltre queste contratture, fino ad un certo grado possono essere impedite quando, mercè movimenti passivi proseguiti rego-

larmente, non si crea un permanente accorciamento dei muscoli. Dunque queste posizioni di contrattura corrispondono a quelle posizioni che il braccio paralizzato assume quasi sempre quando viene abbandonato a se stesso, in parte, in seguito alla forza di gravità, in parte in seguito alla residuale motilità attiva di certi muscoli (flessori). Le contratture difatti si trovano quasi sempre in quei gruppi muscolari la cui motilità è in proporzione meno lesa nella emiplegia; e perchè la posizione assunta una volta non può essere cambiata dagli antagonisti paralizzati, insorgono nei muscoli persistentemente accorciati le contratture cosidette passive (Strümpell) ».

Dunque noi concludiamo che l'effetto inibitorio fondamentale del tono muscolare è dato dallo striato. Però non vogliamo con questo negare una certa influenza inibitrice su di esso da parte della corteccia: difatti essa risulta anche da esperienze di fisiologia (Fano) che gli atti riflessi spinali sono diminuiti se insieme si produce una eccitazione della corteccia cerebrale del lato opposto. Ora naturalmente nell'uomo, in cui la corteccia ha una parte così principale e le cui funzioni sono sviluppate ed importanti assai più che negli animali inferiori, anche questa funzione inibitrice sarà più sviluppata; e quindi anche la rigidità conseguente ad una lesione di essa sarà certo maggiore che non quella che sopra abbiamo visto (quando c'è!) essere stata constatata negli animali da laboratorio.

Abbiamo infatti nell'uomo, assai prima delle suddette contratture — spesso già pochi giorni od ore dopo l'insulto apoplettico — un aumento del tono muscolare, e parallelamente un aumento dei riflessi tendinei: fenomeni appunto che ci devono riportare alla soppressione di queste azioni inibitrici riflesse corticali.

2) Invece, con questa teoria, ci spieghiamo ora benissimo i fatti di rigidità spastica che si hanno nelle lesioni piramidali, fatti che sono tanto differenti da quelli visti sopra, conseguenti a lesione corticale — e questo è sempre stato notato: Strümpell, Dejerine, ecc. — e che quindi non si poteva spiegare, anche ammettendola per buona, con la teoria della funzione inibitrice della corteccia. Difatti nel torrente delle piramidi si trovano anche le vie motrici extrapiramidali che portano gli efflussi inibitori dello striato: si capisce perciò come, quando vengono lese le piramidi si abbia uno strato di rigidità spastica che a volte (ad esempio nella « paralisi spinale spastica ereditaria » per sola degenerazione primaria delle piramidi, di Strumpell) si avvicina molto per certi lati alla rigidità Parkinsoniana: si avvicina, abbiamo detto ma non è uguale, poichè, al di fuori di altri fatti di estensione del processo lesivo ad altri territori nervosi oltre le piramidi, vi è sempre un altro fatto a complicare le cose, e che spiega le differenze esistenti fra le 2 specie di rigidità: ed è la paralisi conseguente alla lesione delle vie motorie corticali.

Si dovrebbe, dunque se mai, parlare di « rigidità corticale » e di « rigidità extracorticali » o « rigidità striata » le quali due specie di rigidità, hanno come abbiamo visto, una origine naturale, e sintomatologia ben differente. La « rigidità piramidale » poi sarebbe una combinazione delle due.

Spezia, ottobre 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Le mioclonie.

(H. ROGER. *Annales de Médecine*, agosto 1922).

Le mioclonie sono costituite da scosse muscolari brusche, esplosive, simili a quelle provocate dal passaggio di una corrente elettrica. I caratteri essenziali delle mioclonie sono:

1° Le contrazioni sono brusche: in qualche secondo o frazione di secondo il ventre muscolare si indurisce e rilascia; il muscolo fa sporgenza sotto la pelle come se fosse eccitato da una corrente elettrica.

2° La contrazione in genere non determina spostamento dell'arto, salvo qualche eccezione per le dita.

3° I movimenti mioclonici sono accessionali e se ne possono verificare da 10 a 80 per minuto.

4° Le scosse sono spesso ritmiche.

5° Le mioclonie si localizzano spesso ad una parte del muscolo, sia sempre la stessa, sia successivamente e progressivamente nel corso della medesima contrazione sui fasci vicini del muscolo, e la progressione dell'eccitazione ha sempre lo stesso ritmo e la stessa direzione.

6° Le mioclonie, almeno nell'encefalite epidemica, colpiscono muscoli antagonisti in modo da determinare una sinergia paradossale.

Le emozioni, invocate a torto come causa determinante delle mioclonie, possono influire più sull'intensità che sul ritmo delle contrazioni. La fatica intellettuale, le eccitazioni cutanee di ogni specie, le impressioni di freddo, le correnti elettriche, alcuni medicamenti,

come la stricnina, alcune attitudini, come quelle che provocano un rilasciamento muscolare, le contrazioni volontarie sono capaci di destare le contrazioni miocloniche.

Le mioclonie non sono accompagnate da disturbi sensitivi. La contrazione brusca è avvertita dal malato e la sua ripetizione diventa molesta, ma abitualmente non è dolorosa. Tuttavia talvolta la scossa è accompagnata da un'algia immediata e brusca nello stesso territorio muscolare ed il paziente può provare nell'intervallo dei parossismi mioclonici o dopo la loro scomparsa una sensazione di costrizione penosa, donde il nome di algomioclonie.

I riflessi tendinei non sono alterati ed il trofismo muscolare è intatto.

Un gran numero di mioclonie presentano tendenza alla cronicità o alle recidive.

Le mioclonie possono essere generalizzate o localizzate; nel primo caso sono spesso simmetriche con prevalenza unilaterale; nel secondo caso possono colpire una metà del corpo, un arto o una sua sezione. Si conoscono mioclonie di una metà dell'addome, di metà della faccia, della lingua, dell'occhio, e certi nistagmi non sono che mioclonie oculari. Sono colpiti sopratutto i muscoli della vita di relazione, ma si osservano anche mioclonie dei cremasteri, del diaframma (singhiozzo).

Sono state descritte nel corso delle mioclonie delle palpitazioni, con irregolarità del polso, che sono state attribuite a localizzazioni cardiache, dei movimenti rapidi ed involontari di deglutizione, dovuti a contrazioni faringee.

Le sindromi miocloniche possono comparire nel corso di stati infettivi e tossici, accompagnarsi all'epilessia e costituire una condizione isolata.

La mioclonia tossi-infettiva più caratteristica è quella dell'encefalite epidemica. Di questa malattia esiste una forma che il Roger ha chiamato encefalite algomioclonica. Essa si inizia con dolori cervico-toracici, alla radice degli arti superiori, al tronco, agli arti inferiori. Nel periodo di stato, insieme alla febbre alta, al delirio, all'insonnia, compaiono le mioclonie quasi sempre generalizzate, talvolta localizzate nelle parti più diverse del corpo. È molto probabile che la corea del Dubini e la corsa elettrica di Bergeron-Henoch siano la medesima cosa con la recente encefalite algomioclonica.

Le mioclonie per altro possono, per quanto raramente, verificarsi nel corso del tifo, nella meningite tubercolare, nella sifilide, nella malaria.

Tra le mioclonie tossiche vanno annoverate le alcooliche, le uremiche, le diabetiche.

Le mioclonie possono accompagnarsi all'epilessia generalizzata ed a quella localizzata.

Al primo gruppo appartengono tre varietà: 1° Tipo con mioclonia intermittente: negli epilettici con grandi crisi possono aversi come aura nella fase premonitoria dell'accesso, sia isolatamente, e quindi con il valore di equivalenti, accessi di scosse miocloniche; 2° Tipo con mioclonia continua: questo tipo è conosciuto con il nome di mioclonia familiare epilettica o sindrome di Unverricht; colpisce sopratutto le ragazze discendenti da genitori epilettici, alienati o alcoolizzati; alle mioclonie ed alle crisi comiziali si associano disturbi psichici con alternative di eccitamento e di depressione; 3° Tipo con mioclonia oculare: nistagmo-mioclonia con carattere familiare accompagnata talora da mioclonie di altri muscoli e crisi epilettiformi.

Nell'epilessia localizzata si distinguono anche due varietà di mioclonia, l'una intermittente, l'altra continua.

Il paramioclono multiplo di Friedreich costituisce il tipo delle mioclonie dette essenziali. Si inizia agli arti inferiori e si diffonde poi a tutto il corpo senza colpire la faccia. Le mioclonie sono accessionali, durano da qualche minuto ad un quarto d'ora, si ripetono parecchie volte al giorno e sono influenzate dal freddo, dalle emozioni sia nella loro intensità che nel loro ritmo. Le scosse senza essere dolorose lasciano spossato il paziente; lo tormentano e gli impediscono di dormire, ma scompaiono nel sonno. Agli arti inferiori sono prevalentemente colpiti il quadricipite, il semitendinoso, il semimembranoso, il peroniero, l'estensore delle dita, agli arti superiori il deltoide, il bicipite, il lungo supinatore, al tronco i muscoli addominali. Mancano disturbi paretici, trofici, dei riflessi. La malattia colpisce sopra tutto gli uomini dai 30 ai 40 anni. Il decorso è progressivo e cronico con possibilità di remissioni.

Al paramioclono multiplo somigliano la corea fibrillare di Morvan e le miokimie di Kny e Schultze.

Le scosse miocloniche devono essere differenziate:

1) dalle contrazioni fibrillari che sono fini movimenti vermicolari delle fibre visibili a fior di pelle senza indurimento del muscolo, che sono caratteristiche delle lesioni delle corna anteriori;

2) dal tremore fibrillare delle estremità, che è un tremore a piccole oscillazioni a tipo

alcoolico, così frequente nelle infezioni e intossicazioni gravi;

3) dagli spasmi che colpiscono un più gran numero di muscoli e conducono ad atti determinati, e nei quali la contrazione e la decontrazione non sono istantanee;

4) dai movimenti di più grande ampiezza con spostamento dell'arto, come i movimenti coreici, atetosici, atassici, i ticś, l'epilessia parziale, i quali per altro possono trovarsi nei soggetti con mioclonie.

Scartate per varie ragioni le ipotesi che le mioclonie siano di origine nevrosica, miopatica o nevritica, rimane ora in discussione la patogenesi cerebrale e quella midollare. Le recenti acquisizioni sulla funzione del corpo striato, fanno ritenere che in questa parte dell'encefalo debba ricercarsi la lesione provocatrice delle mioclonie; tuttavia la ipotesi midollare non può senz'altro essere rigettata.

Le mioclonie sono particolarmente ribelli alla terapia. I sedativi abituali, quali la morfina, il cloralio, non hanno azione durevole. I bromuri, il luminal agiscono talvolta su gli episodî convulsivi della sindrome mioclonia-epilessia, ma non sul sintomo mioclonico. Il bromuro di scopolamina alla dose di un quarto di milligramma, associato o non al luminal, ha dato talvolta qualche vantaggio. P. Marie e Bouttier consigliano il bromidrato di cicutina che agisce sulla placca motrice terminale; negli accidenti acuti serie di 5 iniezioni quotidiane a dosi progressivamente crescenti da mezzo a tre milligrammi, con due o tre giorni di intervallo. Nei casi ribleli di mioclonia localizzata agli arti inferiori Roger ha ottenuto qualche successo delle iniezioni epidurali di siero novocainizzato, e nell'algomioclonia infettiva dalle iniezioni endovenose trisettimanali di 20 cgr. di cloruro di calcio.

Dr.

MEDICINA.

Sull'azione dei vaccini.

(Pratt-Johnson. *The Lancet*, 7 ott. 1922).

L'uso dei vaccini nella terapia delle infezioni, mentre è largamente diffuso nelle malattie croniche, è ancora, da molti, ritenuto assolutamente controindicato nelle infezioni acute. L'A., che invece ha ottenuto ottimi risultati anche nelle infezioni acute, usando i vaccini a piccole dosi, da questi risultati è condotto a riesaminare tutto il problema dell'azione dei vaccini.

Attualmente, si tende a spiegare l'azione dei vaccini ammettendo che questi provochino la formazione di un eccesso di anticorpi che distruggono i batterii principalmente dissolvendoli, sia nei liquidi dell'organismo, sia nei leucociti. Ma, secondo l'A., questa ipotesi non riesce a spiegare i risultati della vaccinoterapia, specialmente se si considerano gli effetti delle piccole dosi nelle infezioni acute.

Nella pratica si chiamano vaccini sia le sospensioni dei corpi dei batterii in un liquido inerte, sia anche dei preparati ottenuti scomponendo, chimicamente o meccanicamente i corpi dei batterii: in ambedue i casi perciò noi abbiamo a che fare con delle proteine batteriche.

L'A. ricorda i rapporti che intercedono fra la vaccinoterapia ed i fenomeni di anafilassi: ed afferma che la formazione di anticorpi, che non si possono dimostrare che 5-7 giorni dopo la iniezione del vaccino, non basta a spiegare il successo terapeutico che spesso si ha già dopo 6-12 ore.

Si tratta invece di una reazione anafilattica dell'organismo sensibilizzato alla inoculazione di minime dosi dello stesso agente morboso; reazione che è dovuta alle proteine batteriche contenute nel vaccino. La reazione anafilattica può essere locale (ed allora ha importanza per dimostrare la specificità del vaccino usato e per guidare nelle successive iniezioni) o generale (ed allora porta ad uno statò antianafilattico che provoca il rapido cambiamento desiderato). I fenomeni anafilattici sono più evidenti ed importanti nelle infezioni del tratto respiratorio.

Ai vaccini noi possiamo chiedere un'azione profilattica od un'azione curativa.

L'azione profilattica si può applicare in individui sani, nel qual caso l'introduzione dei batterii morti provoca la formazione di un eccesso di anticorpi che manca o è deficiente soltanto in pochissimi casi. Ricerche recenti tendono però a dimostrare che un elevato contenuto di anticorpi nel sangue non basta a proteggere dall'infezione, quando il microrganismo che la produce possiede un alto grado di virulenza: e d'altra parte l'A. ha confermato i risultati di Tenbroek che ha ottenuto l'immunizzazione anche rispetto a germi molto virulenti vaccinando con batterii *vivi* di una specie vicina e non virulenta per l'animale in questione. In questo caso nel sangue mancano o sono scarse le agglutinine per l'organismo patogeno; che sono invece abbondanti, mentre è deficiente il grado di immunizzazione, quando si adoperi un vaccino formato da germi morti, della stessa specie o di specie vicine. Il titolo del sangue in anticorpi non può quin-

di esser preso come indice del grado di immunità.

Fin qui si è parlato di vaccinazione per iniezione: ma recentemente le ricerche di Besredka sulla immunizzazione delle scimmie verso le infezioni intestinali con la somministrazione del vaccino per os hanno avuto una conferma nell'uomo in occasione di una epidemia di tifo avutasi nel Pas-de-Calais. Anche questi esperimenti stanno a dimostrare che non sussiste alcuna relazione fra lo stabilirsi dell'immunità ed il titolo degli anticorpi del sangue: in quanto si tratterebbe di una immunità localizzata alle cellule della mucosa intestinale.

Talvolta però si può richiedere l'azione profilattica anche in individui che abbiano già subito un attacco della malattia, e nei quali se ne voglia prevenire un secondo. In questo caso l'applicazione è molto più delicata: e siccome la malattia ha determinato uno stato di ipersensibilità del quale non è possibile di determinare l'intensità nell'individuo singolo, occorre prima desensibilizzare quest'ultimo con l'iniezione di una piccola dose iniziale: e soltanto dopo di ciò, si può procedere all'iniezione delle dosi più forti, necessarie a determinare la formazione di anticorpi.

La mancata considerazione dello stato di ipersensibiltà può talvolta portare a fenomeni spiacevoli, dei quali si imputa erroneamente la tossicità dei vaccini: per ridurre la quale si è voluto procedere ad una scomposizione chimica e meccanica dei corpi batterici ottenendo soltanto di diminuirne notevolissimamente i poteri antigeni.

Passiamo ora a considerare l'azione terapeutica dei vaccini.

Nelle infezioni croniche il meccanismo d'azione è semplice: aumento della produzione di anticorpi e leucocitosi. Soltanto per la possibilità che esista un lieve grado di ipersensibilità, è opportuno cominciare coll'iniezione di piccole dosi.

Nelle infezioni acute locali (p. e. tonsillite acuta streptococcica), l'iniezione di piccole dosi (10 milioni) di streptococchi, inattive nei sani, provoca una reazione che si deve ritenere di natura anafilattica e che desensibilizza l'organismo. Le iniezioni successive, a dosi alte, hanno un'azione anche nel senso di aumentare la produzione degli anticorpi, aumento che ha importanza nel prevenire le ricadute. Il Besredka paragona l'azione delle piccole dosi di vaccino nelle infezioni acute a quella delle iniezioni antianafilatizzanti. Anche il Danysz riporta il successo della vaccinoterapia ad un'azione antianafilattica. D'altra parte l'azione delle piccole dosi di vaccino si può ravvicinare anche a quella delle piccole dosi di proteine nel trattamento della ipersensibilità rispetto a queste ultime.

Gli stessi effetti e le stesse applicazioni che nelle infezioni acute locali la vaccinoterapia ha pure in quelle generali. Bisogna sempre usare le dosi piccole, desensibilizzanti: mentre quelle maggiori sono pericolose.

Alla iniezione, nelle infezioni acute, segue una reazione locale che ha molta importanza per il controllo della dose. L'iniezione deve esser fatta superficialmente nel tessuto sottocutaneo: e si deve avere un alone rosso del diametro di 1/2-1 pollice; la reazione raggiunge il suo massimo dopo 24 ore e quindi decresce.

La reazione generale, che si verifica dopo 6-12 ore, consiste nella caduta della temperatura, con brivido e sudore: segue un miglioramento dei sintomi ed un sonno ristoratore.

L'iniezione intravenosa dei vaccini, che si è diffusa in questi ultimi anni, deve esser limitata alle infezioni croniche, nelle quali la ipersensibiltà è scarsa.

L'attività del vaccino dipende dal metodo usato nel prepararlo. Quanto al dosaggio non si possono dare regole fisse: certo è che quando un vaccino contiene più di un germe, bisogna ridurre le dosi di ciascuna specie.

SERENI.

CHIRURGIA.

Carcinomi primitivi multipli del piloro e della vescichetta biliare ectopica.

(MORITZ RUBBEN. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, febbraio 1922).

L'A. riferisce la storia di una donna di 67 anni la quale fu da lui operata con diagnosi di tumore del colon trasverso. All'atto operativo trovò due tumori dei quali il più grande era situato in corrispondenza del mesocolon trasverso in vicinanza dell'angolo epatico, il più piccolo era in corrispondenza della grande curvatura dello stomaco a pochi centimetri dalla vena pilorica. All'atto operativo l'A. non trovò la cistifellea nella sua fossetta normale: questa invece era situata in corrispondenza della massa neoplasica mesocolica. Nella piccola curvatura vi erano numerose grosse ghiandole con i caratteri delle metastasi epiteliomatose.

Praticò un'operazione radicale con resezione gastropilorica e resezione di una parte del colon trasverso completata da una colostomia

e da una gastro-enterostomia anteriore. La paziente morì però di peritonite in 10ª giornata. L'esame microscopico dimostrò trattarsi di un epitelioma della vescichetta biliare a tipo papillomatoso e di un epitelioma della parete gastrica del tipo midollare ulcerato nello stomaco.

L'A. ritiene che si trattasse di due distinti epiteliomi primitivi sia per la loro sede, sia per la loro struttura microscopica diversa; e ritiene il caso interessante oltre che come un esempio di epiteliomi primitivi multipli anche per la sede anormale della cistifellea e per i suoi rapporti.

L'A. ha trovato che Feilchenfeld sopra 507 autopsie di individui morti per cancro soltanto in 10 repertò tumori primitivi multipli; Hansemann e Redlich nel mezzo per cento di casi ciascuno; Riechelmann nel 0.3 %. I casi più comuni sono quelli di epiteliomi primitivi contemporanei nelle due mammelle. Altri hanno descritto casi di tre tumori contemporanei: così Goetting di tre epiteliomi nel laringe, nel piloro, nel retto.

Naturalmente non bisogna confondere questi casi con le metastasi e secondo quanto dice Billroth non ritenere primitivi: 1) quei tumori che non dimostrano una differente struttura istologica; 2) nei quali non è possibile dimostrare per ciascuno di essi le proprie metastasi; 3) nei quali infine non si può riferire la struttura all'epitelio del tessuto di origine.

In quanto alla anormale posizione della cistifellea l'A. non sa dire con sicurezza se essa è primitiva o secondaria, ma dopo aver consultato la letteratura inclina a ritenere che essa sia primitiva, in quanto che essa è stata rilevata anche da altri AA. (Kehr ed altri) indipendentemente dallo sviluppo di qualsiasi tumore.

DOMINICI.

Per l'operazione dell'ernia inguinale obliqua.

(HART. *Z. f. Ch.*, 1922, 285).

Nel n. 28 del *Z. f. Ch.* del 1920, Mermingas di Atene, aveva esposto la tecnica operatoria di un suo metodo di cura per l'ernia ing. obliqua, già reso pubblico nella *D. militär. Z.* del 1909, e consistente nel principio di intervenire sull'anello inguinale interno, senza aprire il canale.

La tecnica consigliata dall'A. era questa. Incisione cutanea verticale di circa 7 cm. in corrispondenza della sede dell'anello inguinale interno e interruzione dell'aponevrosi dell'obliquo, ecc., nella direzione dei fasci, e divaricazione ottusa interfascicolare dello strato muscolare (piccolo obliquo e trasverso) all'altezza dell'anello inguinale interno. La breccia si distingue dalla Mc Burney, solo in quanto è bassa. Aperta la faccia tranversalis, si presenta l'anello inguinale colla protrusione imbutiforme del peritoneo (colletto del sacco) e accanto, gli elementi del cordone Isolamento del colletto del sacco e separazione del deferente dai vasi del cordone. Dopo che siano stati riposti i visceri eventualmente fuoriusciti, si lega il colletto del sacco alla sua base, lo si recide e se ne affonda il moncone mediante una sutura a borsa di tabacco. Si ottiene così una superficie peritoneale piana senza prominenze affatto. Si spostano quindi i vasi del cordone in alto, il deferente in basso, e fra quelli e questo si suturano i margini della fascia transversalis ed eventualmente quelli del muscolo trasverso. Si chiude, al di sopra, l'obliquo interno, l'aponevrosi dell'esterno e la pelle.

A questo metodo operatorio, che non tocca il canale (il sacco viene lasciato aderente al cordone) Mermingas riconosceva il vantaggio della semplicità, e quello di potere eseguire con una sola e stessa incisione l'operazione radicale dell'ernia e quella dell'appendicite. Tuttavia, chiudeva la sua pubblicazione con queste parole: « Sia notato ancora, che questo trova la sua indicazione soltanto nei casi in cui la porta erniaria non sia molto ampia e il contenuto dell'ernia sia riponibile ».

Oggi, Harth — allievo di Mermingas — ritorna sull'argomento, con l'esperienza di altri 42 casi operati, e — premesso che non la lunghezza del sacco, ma la sua ampiezza, pone certi limiti al metodo, perchè se il canale è trasformato in un anello bisogna ricostruirne la parete — tende ad estendere il metodo sempre più.

Esso può essere applicato anche in alcuni casi di ernia irriducibile, e precisamente in quelli in cui l'omento aderisce al sacco. Aperto il sacco all'anello interno, basta infatti tirare sull'omento perchè si arrovesci il sacco assieme allo scroto. Si può così vedere e raggiungere il punto dell'aderenza e, tolta questa, si ripone l'omento, si rimette la parte periferica del sacco nella sua posizione primitiva, e si completa l'operazione.

In fine, insiste nuovamente l'A. sul vantaggio di eseguire, attraverso una breccia sola, la duplice operazione, per l'ernia e per l'appendicite.

BAGGIO.

Trattamento dell'ernia ombelicale e di certi eventramenti mediante cerchiaggio dell'anello al fil di bronzo.

(MOURE. *Journ. de Chir.*, 4 aprile 1922).

Per vincere le difficoltà che talora s'incontrano nel trattamento chirurgico dell'ernia ombelicale, specie se appartiene a donna grassa o è strozzata, l'A. vuol richiamare l'attenzione dei chirurgi su un suo metodo semplice, solido e rapido, il quale gli ha dato buoni risultati.

L'A. aggredisce questa ernia con una larga incisione elittica trasversale profonda fino all'aponevrosi. Scolla il sottocutaneo dall'aponevrosi fino alla porta erniaria. Apre collaretto e sacco da fuori in dentro riducendo i visceri ed escidendo l'omento. Quindi asporta in blocco sacco sottocutaneo e cute.

Rimane una porta erniaria di 4-8 cm. di diametro. Afferra questa con 4 Muzeux o 4 punti di trazione e tirando su questi chiude la porta con un tampone per proteggere i visceri e vi passa a borsa di tabacco a 2 cm. dal margine di resezione un filo di bronzo.

Stringe il filo mentre trae il tampone e ne attorciglia gli estremi su se stessi con un Kocher. Se questo primo cerchiaggio non chiude completamente ne applica un secondo in fuori. Poi chiude con seta lasciando piccoli zaffi laterali che toglie dopo uno-due giorni.

A questo modo l'A. ha operato 10 malate di cui la più antica data da 2 anni.

In 2 di esse c'è stata intolleranza del filo, il quale fu tolto con piccola incisione mediante anestesia locale. Il filo può togliersi dopo qualche settimana o mese senza conseguenze.

L'A. conchiude consigliando questo metodo, semplice, facile e sicuro, specie quando l'operazione è laboriosa, e tanto più che ha il vantaggio di evitare complicazioni polmonari.

GUSSIO.

EPIDEMIOLOGIA.

La peste nell'epidemia di Parigi del 1920.

(JOLTRAIN e GENNES. *Annales de méd.*, maggio 1922).

Gli AA. descrivono gli aspetti della peste osservata nella piccola epidemia di Parigi e dintorni del 1920, con l'intento di porre sull'avviso i medici contro i casi sporadici che ancora possono verificarsi.

La forma comune, bubbonica, ha un inizio brusco: brividi in pieno benessere, senso di grave malattia, vomiti, diarrea, faccia congesta, occhi iniettati, tremori, andatura da ubbriaco. La febbre sale a 40°, il polso è debole e frequente, la faccia diviene terrea, l'abbattimento estremo. Nel suo torpore l'ammalato è disattento, e viene scosso da allucinazioni terrificanti. La lingua è secca, bruna, rossa alla punta e ai bordi; l'addome meteorico, la diarrea profusa e spesso emorragica.

Già nel primo giorno, dopo dolori violenti, si manifestano le tumefazioni glandolari con periadenite, generalmente all'inguine. La sieroterapia precoce, intravenosa, porta un rapido miglioramento, non sempre però duraturo. Nei casi gravi la morte sopravviene in 3 o 4 giorni, per collasso cardiaco, in mezzo a una sindrome emorragica multiforme (epistassi, ecchimosi, ecc.): l'intero corpo prende una tinta nera. Ma è difficile disconoscere questa forma.

Sono ingannatrici le forme benigne, lievi, che tuttavia comportano una degenza di circa un mese e una convalescenza ancor più lunga; più ancora lo sono le forme ambulatorie, dove non v'è febbre nè alterazione dello stato generale, ma solo un'adenite dolorosa. In tempo di epidemia bisogna diffidare delle adeniti cervicali, di comune apparenza luetica o tubercolare. In alcune epidemie il 30 % dei casi sono forme ambulatorie.

La forma setticemica ha spesso rapporto con un'adenite profonda, e trascorsa quindi inavvertita: oltre le forme fulminanti, mortali in 24 o 48 ore, vi sono forme pseudotifose; in queste la R. di Widal è negativa, ma l'emocultura spesso positiva pel b. di Yersin. La diagnosi differenziale va posta anche col dermotifo.

La polmonite pestosa può essere una localizzazione di qualunque forma; assai letali sono le epidemie di pura polmonite pestosa, che si propagano per inalazione (Manciuria, 1911). Spesso alla cianosi e alla dispnea non corrispondono adeguati segni fisici polmonari: l'ottusità spesso manca. La morte sopravviene in 4 o 5 giorni con sintomi di edema polmonare acuto. La vaccinazione e la sieroterapia sono inutili.

Tra le complicazioni è da tener presente la porpora, che può portare a necrosi ed escare nere cutanee (carbonchio pestoso).

Una vera meningite pestosa è rara, ma il meningismo è frequente, specie nei fanciulli. La turbe psichiche sono di comune osservazione nella peste: eccitazione ansiosa, confusione, disorientamento, allucinazioni, delirio.

Le convulsioni e gli spasmi muscolari si osservano spesso nel periodo terminale.

Le complicazioni pleuriche sono frequenti. È da tener presente l'adenopatia tracheo bronchiale, vero bubbone mediastinico, che cede alla sieroterapia.

Non è rara la nefrite con azotemia, ma con poco edema.

Esiste una forma marantica, cronica, primitiva; talvolta però si sviluppa durante la convalescenza con la suppurazione di un bubbone già chiuso: notevole è l'anemia, talvolta accompagnata ad ittero: la prognosi è infausta.

La peste produce generalmente l'aborto.

La diagnosi precoce è necessaria per una efficace sieroterapia.

Bisogna sospettare di ogni adenite febbrile con sintomi generali gravi, sopratutto in periodi d'epidemia, e se il malato pel suo mestiere è molto esposto alle punture di pulci. Avvalora il sospetto la mancanza di una porta d'ingresso nel relativo territorio linfatico, porta di ingresso che va ricercata con la massima cura. Bisogna però prima escludere che si tratti di adeniti veneree, tubercolari, da difterite, ricordando che nei pestosi si può avere un'angina pseudodifterica. Bisogna escludere anche la linfogranulomatosi, che può iniziare acutamente con febbre e adenopatia (adenite e periadenite).

Nei paesi caldi conviene anche escludere il bubbone climatico, le adeniti da febbre ricorrente, ecc.

Il bubbone pestoso fu anche confuso con l'ernia strozzata.

Le rare forme meningitiche si scoprono con l'esame del liquor.

Il delirio pestoso potrebbe, ad un esame superficiale, venire confuso col delirio alcoolico.

In tutte le forme di polmonite, se v'è il lontano sospetto di etiologia pestosa, va fatto l'esame dell'espettorato.

In presenza di un malato sospetto di peste s'impone la ricerca del bacillo nel bubbone, l'emocultura, la sierodiagnosi.

Il contenuto del bubbone va coltivato su agar-peptonato a 30°: conviene inoculare un topo e una cavia (che resiste meglio al pneumococco eventualmente commisto): si esaminerà poi la milza, o l'edema intorno al punto d'inoculazione.

Nel bubbone suppurato la ricerca è di solito negativa.

L'agglutinazione è incerta: meglio risponde la deviazione del complemento, che dal 5° giorno in poi è positiva. L'iniezione di siero antipestoso non modifica sensibilmente la reazione di deviazione.

La ricerca delle precipitine spesso risponde, ma è prova troppo delicata. La sieroterapia precoce, nella forma bubbonica, salva abitualmente il malato, e spesso evita la suppurazione.

Bisogna iniettare 100-200 cc. per via endovenosa, ogni giorno, per 4 o 5 giorni, e poi continuare con dosi minori, non sospendendo mai per altre 48 ore.

Spesso il miglioramento è rapido, non di rado dopo la manifestazione di uno shoc emoclasico.

Sperimentalmente mezzo cc. di siero iniettato dieci ore dopo una dose letale di bacilli pestosi nel topo, riesce a salvarlo.

Estinta una prima epidemia di peste occorre sorvegliare a lungo la zona sospetta, non essendo rare le riaccensioni.

La distruzione dei ratti di rado è totale, quindi più sicuro mezzo profilattico è la contemporanea vaccinazione, il cui effetto dura oltre sei mesi. Essa è inutile contro la polmonite pestosa.

L'istituto Pasteur prepara un vaccino mediante bacilli uccisi al calore (65° per ora): ogni 2 cc. contengono 3 miliardi di germi.

Si inietta sottocutaneamente:
- nell'adulto 2 cc.
- da 2 a 10 anni 1 cc.
- sotto i due anni 1/2 cc.

Bastano 2 iniezioni a distanza di 5-8 giorni.

(Secondo Lustig e Galeotti il nucleoproteide estratto secondo il loro metodo sarebbe preferibile ai vaccini uccisi al calore; sarebbe di pari efficacia, mentre dà meno reazione locale: ne basterebbero 5 mmg. per immunizzare un uomo. N. d. Redat.). DORIA.

CONFERENZE.

Recenti vedute sugli ormoni sessuali.

Conferenza tenuta presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Padova il 26 novembre 1922 dal prof. CARLO FOÀ.

Dopo uno sguardo storico all'argomento, che s'inizia con le ben note ricerche di Brown-Séquard, l'oratore si sofferma ad esporre le più recenti osservazioni di Angel e Bouin e quelle di Steinach e di Voronoff le quali sarebbero giunte alle conclusioni seguenti: quella parte delle ghiandole sessuali a cui non spetta la formazione degli elementi germinativi, cioè le cellule interstiziali, avrebbero la funzione di secernere l'ormone sessuale a cui sono dovute tutte le caratteristiche somatiche e psichiche del sesso. Queste cellule interstiziali, contrariamente al tessuto germinativo, resisterebbero all'azione dei raggi X, alla legatura del dotto deferente, alla degenerazione che colpisce l'organo nei trapianti, e costituirebbero la massima parte del testicolo ectopico. La loro persistenza, in tutti questi casi, varrebbe a conservare e a far rinascere i ca-

ratteri sessuali, ed anzi il maggior sviluppo che esse assumerebbero in seguito alla legatura del deferente nei vecchi produrrebbe un risveglio delle attività sessuali assopite e perciò il ringiovanimento. La loro presenza nella ghiandola innestata varrebbe anche negli innesti eteroplastici di Voronoff (fra scimmia e uomo) a salvare dagli effetti della castrazione o dalla diminuzione della potenza sessuale. La contemporanea presenza di cellule interstiziali maschili e delle equivalenti cellule endocrine femminili nelle ghiandole sessuali degli omosessuali, spiegherebbe l'origine di questo vizio morale e indicherebbe la via del rimedio: allontanare le ghiandole «miste» ed innestarne di «monosessuali».

A questo edificio di esperienze e di speranze contribuirono ricerche fatte sull'uomo, strombazzature di vantati successi sopra giornali politici, comunicazioni più o meno riuscite in congressi scientifici.

Ma, da una schiera di serî ricercatori vennero elevate obbiezioni e critiche tali, che se qualche fatto rimane acquisito alla scienza, l'insieme delle interpretazioni è radicalmente mutato e la speranza di applicazioni utili è di molto ridotta.

Non alle cellule interstiziali (la cosidetta ghiandola della pubertà di Steinach) o almeno non solo ad esse, ma anche ad alcuni elementi germinativi e particolarmente alle cellule del Sertoli deve attribuirsi il carattere di elementi endocrini. Ciò venne dimostrato dalle ricerche di Stieve sul reciproco rapporto dei due tessuti nel testicolo degli uccelli durante le varie fasi dell'attività funzionale; dall'attento esame istologico dei testicoli nel caso di criptorchismo e nei più svariati casi clinici di deficenza sessuale. Allo stesso risultato condusse un più accurato esame istologico dei testicoli trapiantati e di quelli cui fosse stato legato il dotto deferente. Ben si potrebbe osservare che se pure non alle sole cellule interstiziali ma anche ad altri elementi della ghiandola, fossero dovuti i benefici effetti della legatura del deferente o dei trapianti, la cosa avrebbe soltanto una importanza dottrinale. Gli è invece che quei benefici effetti *là dove non sono che il risultato di suggestione*, sono di assai breve durata, il che facilmente si spiega oggi ammettendo che essi siano dovuti al riassorbimento del tessuto germinativo in via di distruzione.

La legatura del deferente e il trapianto dell'organo provocano una intensa distruzione del tessuto germinativo, il quale si riassorbe ed esalta molte funzioni organiche e non solo le sessuali. Ben si vede la profonda delusione a cui porta una simile conclusione; chè in luogo di ammettere l'attecchire o l'esaltarsi nell'organismo indebolito di un tessuto che stabilmente ne modifichi l'equilibrio ormonico od esalti le funzioni alterate o depresse, così nel vecchio, come nell'impotente o nell'omosessuale, il beneficio si riduce ad una momentanea cura opoterapica. Serî dubbi sono stati persino enunziati circa la specificità dei tessuti delle ghiandole sessuali a produrre quei benefici, chè di analoghi ne ottenne il Romeis sul ratto invecchiato, mediante *innesti di fegato*, sicchè appare giustificata l'ipotesi che gli effetti della legatura del deferente e quelli del trapianto siano da ricondursi a casi di semplice *proteinoterapia*.

L'oratore accenna da ultimo a recenti applicazioni, interessanti ma non ancora conclusive, di tali ricerche alla determinazione del sesso nell'embrione.

Conclude affermando la necessità che siffatti argomenti vengano trattati col più grande rigore scientifico e lungi dal pubblico — e non solo da quello profano di cose mediche — che ha tendenza a lasciarsi adescare dalle brillanti ma troppo facili conclusioni e da speranze condannate ad essere rapidamente deluse.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. PITTALUGA. *Enfermedades de la Sangre*. Madrid, 1922.

Pei tipi della casa Calpe di Madrid è uscito un manuale sulle malattie del sangue dell'italiano Pittaluga, professore nell'Università di Madrid.

L'A. si è proposto di scrivere un libro di indole pratica adatto per medici e studenti che vogliono rendersi conto dello stato odierno delle cognizioni sulle malattie del sangue.

La materia è divisa in tre parti: la prima di ematologia clinica (*Istogenesi e semejotica fisica e chimica*); la seconda: le emopatie (*Emodistrofie, Anemie, Leucosi, Iperplasia, Granulomatosi, Lesioni neoplastiche*); la terza: *Parassiti del sangue e degli organi emopojetici*.

Il testo di 622 pagine in lodevole veste tipografica con 82 figure e 4 tavole a colori.

L'esposizione è piana e semplice e fornisce i dati di fatto acquisiti senza addentrarsi eccessivamente nelle numerose ipotesi e teorie finora emesse sulla origine degli elementi del sangue e sulla patogenesi delle emopatie che

costituiscono oggi un fardello non indifferente ingombrante in un manuale.

Per queste doti pratiche è da ritenersi che questo nuovo manuale della serie *Calpe* incontrerà favorevole accoglimento nel campo medico. V. ASCOLI.

MANINI L. *Il Cloroma*, pagine 348. Roma 1922.

Su questa importante e rara affezione il Manini ha pubblicato un lavoro, che raccoglie, oltre quelli finora noti, quattro casi inediti, studiati in Roma, e di cui uno caduto sotto la diligente osservazione clinica dell'A.

Nello studio sono riferite ampiamente le moderne questioni e le ipotesi che ha sollevato l'interpretazione di questa malattia, la quale, per l'oscurità etiologica e l'imprecisione anatomopatologica, che l'avvolgono, non ha ancora trovato il suo posto definitivo nella patologia. E a questo disaccordo dei patologi non poco, forse, ha contribuito l'aver voluto includere fra i cloromi dei casi, i quali con detta sindrome non hanno altro a che fare, se non crear confusione.

La monografia del Manini, mostrando lo stato attuale di questo capitolo di patologia, si fa leggere con interesse e con diletto.

g. sabatini.

CH. FINCK (Vittel). — *La Goutte. Sur quelques points controverses au mal connus de son histoire.* « L'expansion scientifique française ». Opuscolo in-8, di pag. 80. Prezzo: Franchi 4.50.

L'A. considera l'aumento dell'acido urico nel sangue non come causa, ma come indice dello stato gottoso, e pensa che l'accesso acuto di gotta si abbia non nel momento del formarsi dei depositi urici, ma nel periodo del loro riassorbimento.

Egli dedica alcune pagine ai rapporti tra gotta e sifilide e tra gotta e glicosuria e si occupa piuttosto ampiamente delle manifestazioni gottose estraarticolari (nella parotide e nel testicolo) venendo a parlare della cura, egli consiglia i mezzi desuratizzanti, e fra questi principalmente il colchico, la cui azione si esplicherebbe come inibitrice del riassorbimento dei depositi urici.

Il lavoro, che considera diversi lati nuovi nell'oscuro problema della patogenesi della gotta riuscirà interessante agli studiosi dell'argomento. M. L. S.

NAUNYN. *Die Gallensteine.* Pag. 54. G. Fischer, Jena, 1921.

Il nome di Naunyn è troppo noto in patologia epatica per aver bisogno di presentazione. È quindi intuibile con quanto interesse si legga questa breve monografia che non è altro se non l'estratto di un lavoro pubblicato nelle *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, Bd. 33.

L'autore non fa della clinica: egli espone la struttura dei calcoli biliari e le idee, sopratutto personali, della loro formazione: è quindi un lavoro di pura anatomia e fisiologia patologiche, riguardante il calcolo biliare ex se.

Quattro meravigliose tavole a colori accompagnano lo studio. *g. sabatini.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Congresso Medico-Chirurgico Marchigiano in Ancona.

Come ne demmo a suo tempo notizia, il giorno 11 settembre 1922 venne inaugurato nella sala della Provincia, con largo intervento delle autorità. Parlarono il Sindaco, il Prefetto, il Presidente della Deputazione provinciale, il Presidente dell'Ordine dei Medici. Aprì i lavori il prof. Gustavo Modena, presidente della Società medico-chirurgica anconetana sotto i cui auspici è stato organizzato il Congresso.

Riforma degli Studi superiori nelle Marche.

Prof. GIOVANNI GALLERANI. — Fatta in breve la storia degli Istituti esistenti (a Macerata Facoltà di legge; a Camerino medicina (4 anni), Facoltà di legge e farmacia; ad Urbino Facoltà di legge e ostetricia), espone un programma di riordinamento abolendo le Facoltà doppie, integrando le incomplete e aggiungendo corsi più pratici e più necessari (ad es., Facoltà di lingue slave e di studi commerciali). Propone sopratutto una costituzione di un Ente federativo tra i varî Istituti che provveda alla loro decorosa esistenza. Il Congresso, approvando, ha nominato una Commissione che interessi al problema gli Enti amministrativi e culturali e le più autorevoli personalità delle Marche.

Medicina e Fisiologia.

Prof. SILVESTRO BAGLIONI. — Riassume lo sviluppo della medicina nelle varie epoche che hanno avuto per base successivamente lo studio fisiologico, anatomico, umorale del paziente. Tende ora a prevalere il concetto della costituzione individuale che reagisce diversamente alla causa morbosa e all'ambiente esterno in relazione alle diverse condizioni endogene fondamentali. Fa rilevare il valore della sintesi dei varî criteri teorici nella valutazione della malattia, al di sopra e all'infuori del singolo sintoma. Ricorda alcuni scienziati Marchigiani che hanno dato speciale impulso allo sviluppo della medicina.

La diagnosi precoce della tisi polmonare.

Prof. ACHILLE CAPOGROSSI. — Conclusioni: Nei lattanti la tubercolosi, dimostrata dalla reazione tubercolinica, è quasi sempre mortale. La tisi

cronica diviene più frequente col crescere dell'età. Lo stato allergico conferisce resistenza, ma anche speciale sensibilità di fronte a cause complicanti. Il reperto dei bacilli di Koch nell'espettorato (o anche nel vomito) è spesso l'unica prova certa di tisi polmonare. Nelle forme iniziali nessuno dei sintomi obiettivi preso isolatamente può dare la certezza della diagnosi, nemmeno la emottisi e la pleurite. La radiologia può dare considerevole aiuto, ma da sola non può dimostrare la natura delle alterazioni e tanto meno i disturbi generali comuni ad altri morbi. La comparsa delle fibre elastiche nell'espettorato assai di rado precede i bacilli. La formola citologica dell'espettorato e l'albumino-reazione non dànno criteri di certezza. Le reazioni specifiche generali dimostrano la tubercolizzazione del p., ma non un focolaio attivo. Le reazioni dell'antigene richiedono ulteriori conferme. La diagnosi di tisi non si fa che con criteri di sintesi.

Prendono parte alla discussione i signori: professor Baccarani, dott. Montanari, dott. Micucci, dott. Medi, ecc.

Organizzazione antitubercolare a New York.

Dott. MICUCCI. — Riassume l'ottima organizzazione americana in difesa della tubercolosi e i risultati ottenuti. Sollecita la costituzione di Consorzi che cerchino di porre un argine al dilagare del terribile morbo in Italia. Sopratutto raccomanda la istituzione di dispensari di avanscoperta.

Dott. PALLERI. — Descrive la semplice e pratica organizzazione di un dispensario da lui fondato in Osimo e ne riferisce gli utili risultati.

Dott. FRATTINI. — Riferisce su di un raro reperto polmonare di difficile interpretazione e su di un caso di ascesso polmonare curato col pneumotorace.

Riferiscono poi comunicazioni i dottori: DE LUCA, *Sulla semeiologia della pleurite,* D'ALESSANDRO; ecc.

Il dott. ARTURO DONAGGIO tenne una dotta conferenza sulla *Cellula nervosa,* illustrando con proiezioni le più fini strutture del sistema nervoso, e chiarendo le più recenti acquisizioni della scienza, dovute agli ultimi metodi in questo delicato campo di indagine.

Sui possibili rapporti degli Ordini dei medici con l'Istituto Italiano di Igiene e Previdenza sociale.

Prof. ANGELO ALBERTI. — Dimostra come gli Ordini dei medici possano diventare organo intermedio e di controllo tra l'Istituto e i professionisti. Il Congresso esprime in un voto che la Federazione degli Ordini dei medici si interessi a stabilire costanti e proficui rapporti di collaborazione tra Ordine e Istituto. Alla discussione hanno preso parte molti congressisti e il prof. ETTORE LEVI, fondatore dell'Istituto invitato al Congresso.

Dott. DELLA PERGOLA. — *Questioni di eugenica.*

ID. — *Importanza scientifica e sociale delle autopsie.* — Il Congresso fa voti perchè sia sancito incondizionato il diritto scientifico delle autopsie.

Importanza della diagnosi esatta di ipoalimentazione del lattante.

Prof. RICCARDO FUÀ. — Insiste sulla necessità della pronta conoscenza dei sintomi della ipoalimentazione: illustra, sulla scorta di casi clinici, alcuni sintomi meno comuni e che per essere propri della iperalimentazione possono condurre il medico ad una diagnosi errata (vomito, diarrea, lievi elevazioni termiche). Parla della utilità dell'uso della bilancia nella pratica privata.

Patogenesi dei vomiti dei lattanti

Dott. ARTURO MEDI. — Raffronta i diversi tipi di vomito. Tratta dei vomiti da acidosi: riassume la cura.

IDEM. — *Ricerche pratiche sul liquido cefalorachidiano.*

Dott. BONANNI. — *Caso gravissimo di meningite cerebro-spinale.*

Dott. MAURIZI. — *Le terme di Acquasanta.*

IDEM. — *Denunzia dei casi di poliomielite anteriore in Italia.*

La cura della peritonite acuta purulenta con iniezioni endoperitoneali di etere solforico.

Dott. CACCINI. — Riferisce una favorevole casistica di pazienti curati nell'Ospedale di Osimo.

Prof. PIO MARFORI. — *Terapia diaforetica Grotta Orsini di Acquasanta e risultati delle cure.*

Alla sera il prof. ETTORE LEVI svolge una conferenza ricca di dati e di conclusioni in rapporto alla *difesa igienica della vita umana.* Segnala la insufficiente opera di prevenzione contro le malattie e la mancanza di una linea direttiva. Chiarisce il compito che l'Istituto d'Igiene e di profilassi da lui fondato si propone.

Sulla chirurgia dell'appendice e del ceco, con 16 osservazioni personali.

(Tema generale di Chirurgia).

Prof. CAUCCI. — Espone le alterazioni del segmento prossimale del crasso compresa la terminazione del tenue che dànno sofferenze assai facilmente scambiate per quelle dell'appendicite cronica (inginocchiatura del tenue, ceco mobile, pericolite membranosa, epiploite, inginocchiatura dell'angolo epatico, ecc.). Studia la sintomatologia, la diagnosi e il trattamento operatorio sulla base di 18 osservazioni personali in massima parte di «pericolite membranosa», tutte guarite con interventi semplici (appendicectomia e appendicostomia, escissione e plastica della membrana; a volte associati con altri interventi secondo l'indicazione). In un solo caso in cui le aderenze erano assai estese non si ottenne la guarigione che con la emicolectomia destra. Sostiene la benignità di questo intervento i cui risultati funzionali sono superiori a quelli delle escisioni.

Fibrolipoma retroperitoneale a sviluppo mesenteriale.

Dott. MARCORELLI. — Potè essere estirpato senza lesione di visceri. Era prevalentemente duro con noduli di fibroma molle, telengenctasico cavernoso. Difficoltà di diagnosi differenziale e di prognosi.

La colecistotomia a caldo.

Dott. MARCORELLI. — Trova la sua piena indicazione nei primi giorni di attacco di colecistite con fatti di peritonite reattiva. Riferisce su due casi.

L'ileocolontrasversostomia nelle ostruzioni ceco-coliche.

Dott. TONNINI. — Cinque casi operati. Tre casi guariti con dervazione del contenuto intestinale dal nuovo stoma: uno in via di guarigione. Il 5° affetto da carcinoma è deceduto dopo due anni dall'intervento. Nei processi infiammatori cronici l'operazione ha valore curativo, mentre nel 5° caso è stato un palliativo.

Dott. MELETTI. — *Un caso di gravidanza ectopica operato con felice risultato.*

Ulteriori contributi sui tumori cranici.

Dott. D'ALLOCCO. — Dieci osservazioni divise in due gruppi: tumori solitari e tumori multipli. Quattro casi furono operati con successo.

Origine delle melanine dal pirrolo.

Prof. GALLERANI. — Le esperienze dell'O., con metodo spettrofotometrico, si riferiscono ai diversi passaggi e trasformazioni biochimiche da melanine a pirrola. Conferma le vedute del professor Angeli, ma conclude per l'intervento dell'anello benzoico oltre a quello pirrolico. Col pirrolo, portato alla temperatura di 80° e corrente di ozono in soluzione acetica, si ottiene un pigmento rosso-ciliegia con accenno allo spettro della ossiemoglobina. L'elemento essenziale di questi pigmenti è l'anello pirrolico.

Le reazioni generali a distanza delle enterocoliti.

Prof. BACCARANI. — Insiste sulla importanza dei punti di repere per riconoscere la natura delle crisi a distanza osservate in varie forme di enterocolite sopratutto muco-membranose. Accenna alle forme sincopali, ne discute il probabile meccanismo e si domanda se oltre la cura chirurgica della forma enterecolitica non debba qualche volta consigliarsi l'intervento per le ribelli crisi a distanza.

I giusti limiti della radioterapia.
(Tema generale di Radiologia).

Dott. MONTANARI. — Distingue la terapia distruttiva e la terapia eccitante. Quest'ultima, tentata per la leucemia, morbo di Hodkings, ha dato scarsi risultati. Mentre notevolissimi sono i risultati della terapia distruttiva sui tumori benigni, metrorragie, adenopatie, morbi cutanei. Nella leucemia si ha un miglioramento in primo tempo per diminuzione rapida dei globuli bianchi, che dopo però si riformano più resistenti. Dei tumori maligni i sarcomi sono assai più facilmente modificabili dei carcinomi, ma ne può seguire troppo rapido assorbimento delle tossine e formazione di metastasi. I carcinomi dello stomaco sono assai poco sensibili, quelli del ceco sono più radiosensibili. Nei disturbi delle ghiandole a secrezione interna dipendenti da iperplasia si ottengono dei vantaggi, se da ipoplasia assai scarsi.

Dott. SOLARI. — *Su di una frattura del mascellare inferiore* (con proiezioni).

Contributo alla conoscenza della anatomia patologica della ghiandola genitale maschile nella paralisi progressiva.

Prof. D'ALESSANDRO. — Otto casi con ricerca istologica. Dimostra frequenti alterazioni che vanno dalla diminuzione fino all'arresto della funzione esocrina. Esse sono indipendenti dalla causa mortis dalla durata e gravità della malattia mentale, ma in stretto rapporto con la lues, e rappresentano la base anatomica della sterilità e la scarsa vitalità dei prodotti.

Alcune osservazioni istologiche e cliniche sulla radio e radiumterapia del cancro dell'utero.

Dott. CONTI. — Le sostanze radioattive dànno più efficace e rapido risultato però le due applicazioni si completano a vicenda. Il decorso clinico della neoplasia non risponde sempre alla guarigione constatata al microscopio. Ciò in relazione all'intervento tardivo e alle condizioni generali e locali.

L'apparecchio di protesi dell'arto inferiore.

Dott. BARTOLI. — Riassume i vantaggi e gli inconvenienti dei vari tipi di apparecchio e descrive tipi speciali che si costruiscono nelle officine di Ancona da lui dirette.

Le iniezioni di nobaina nella terapia di alcune affezioni cardiache.

Dott. PALEANI. — Osservazioni cliniche personali su un caso di distensione acuta del cuore sinistro con angina ed edema polmonare, e due casi di endoarterite cronica con estrasistole nei quali le iniezioni endovenose di nobaina hanno dato assai buoni risultati mentre erano controindicate le cure con digitale.

Il prof. MARAGLIANO svolse in una interessante conferenza le attuali vedute sulla *Vaccinazione antitubercolare.*

Per mancanza di tempo non furono svolte numerosissime altre comunicazioni che saranno edite negli atti del Congresso di prossima pubblicazione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Tubercolosi polmonare attiva e quiescente.

La radiografia non riesce a svelare i primissimi stadi della tubercolosi polmonare attiva. La radioscopia è più utile, mettendo in evidenza una diminuita mobilità delle pareti toraciche e disturbi funzionali del diaframma, nonchè spesso una diminuzione di trasparenza. L'esame clinico ha quivi la massima importanza. La tubercolosi acuta e progressiva (congestione, alveolite, linfocitosi locale e infiltrazione di cellule epitelioidi) si rivela tutt'al più per la presenza di lievi ombre simili a bioccoli di bambagia, o ai cirri di nuvole che si vedono nel cielo estivo. La neoformazione di tessuto fibroso, la caseificazione, la calcificazione dànno ombre dense e scure.

Nei casi di tisi subacute, e nei processi cronici con esacerbazione recente è anche possibile vedere ombre cirriformi. Nella tubercolosi cronica fibrocaseosa, dove le ombre sono scure, è spesso impossibile dire da una sola lastra se la malattia è attiva o quiescente: occorre una serie di radiogrammi, confortata dai reperti clinici, che in tali casi mai mancano (spasmi muscolari, rossori, sudori, mani fredde, pelle e capelli secchi, respiro granuloso, indebolimento del murmure, rantoli sottocrepitanti o mucosi). Però non bisogna fidarsi dell'ascoltazione, che può essere negativa. Tener conto della sonnolenza, dell'ipotensione, della sfavorevole influenza dell'esercizio sulla temperatura e sul polso.

I radiogrammi mostrano in primo tempo una opacità diffusa dell'area affetta, e delle ombre raggiate che partono dall'ilo. L'opacità si vede meglio alla radioscopia, usando un basso milliamperaggio e un piccolo diaframma. Più tardi le ombre che partono dall'ilo appaiono più intense sopratutto verso l'alto, specialmente nella radiografia. Poi divengono più numerose, più larghe, più dense, e si vanno fondendo, principalmente verso l'ilo. Le ombre divengono poi sempre più dense, talora fino al punto da coprire tutto il polmone, che si rischiara in corrispondenza delle caverne. Ombre ad anello si possono vedere anche nel primo periodo.

Nel caso di lesioni regressive l'opacità generale diminuisce, ma può persistere una certa opacità dovuta ad ispessimento pleurico. Singole ombre divengono più dense, ed a margini netti, ciò che si deve principalmente all'enfisema. Le aree oscure si vanno retraendo. Gli interspazi divengono più larghi, e più libero il movimento delle coste e del diaframma.

Radiogrammi in varie posizioni si dovrebbero prendere ogni 4-6 settimane per conoscere l'andamento della malattia.

(J. CROCKET. *Brit. med. journal*, 23 settembre 1922). DORIA.

Streptotricosi polmonare.

A. Testi riferisce nella *Rivista Critica di Clinica Medica* (25 giugno 1922, n. 18) un caso di streptotricosi polmonare che si presenta interessante particolarmente per il contributo che porta alla conoscenza delle così dette forme di pseudo-tubercolosi.

Si trattava di un giovane di 14 anni che senza precedenti anamnestici degni di rilievo sia riguardo ai genitori, sia personali, dopo un periodo durato circa 3 mesi, di malessere, di dimagramento, di dolori costanti ma lievi all'emitorace sinistro, senza febbre e con scarsa tosse; fu colto da tosse più intensa con espettorato sanguinolento, mentre all'esame obiettivo si rilevavano i segni, nella regione scapolare sinistra, di un focolaio di broncopolmonite che in seguito non accennò in alcun modo a risolvere, ma piuttosto ad estendersi. Comparve contemporaneamente febbre che si mantenne continua, pure presentando periodi nei quali si elevava maggiormente insieme con una riacutizzazione dei dolori toracici e con un aumento dell'espettorato sempre sanguinolento. La ricerca del bacillo di Koch praticata con ogni metodo fu ripetutamente negativa. Due radiografie fatte a distanza di un mese l'una dall'altra, dimostrarono una estensione del processo sino ad occupare tutto il lobo superiore sinistro. Dopo due mesi dall'inizio dei primi sintomi polmonari comparve sulla guancia destra una specie di comedone indolente e dopo 4 mesi l'infermo fu colpito da emiplegia destra con afasia. La morte avvenne dopo circa 15 giorni.

L'A. si sofferma a considerare le varie eventualità diagnostiche che potevano essere poste in discussione.

L'ipotesi di una tubercolosi polmonare trovava scarso appoggio nella mancanza di qualsiasi precedente nella storia dell'infermo, nell'assenza di lesioni pleuriche, nella comparsa di espettorato abbondante contemporaneamente ai primi segni della malattia, nella prima localizzazione del processo pneumonico ver-

so la base e solo secondariamente all'apice, nella unilateralità delle lesioni, nel decorso della febbre, nella costante negatività dell'espettorato per il bacillo di Koch.

Più facilmente, specie per l'esame radiografico, secondo l'A. si poteva escludere l'ipotesi di una lue tardiva ereditaria a localizzazione polmonare. Contro la diagnosi di broncopolmonite consecutiva ad un echinococco del polmone stavano e la ricerca negativa nell'espettorato, di frammenti di parete cistica e di uncini, e il risultato negativo della intradermoreazione.

Ed era logico quindi pensare alla possibilità di una micosi polmonare. L'esame dell'espettorato dimostrò infatti la presenza in cultura pura dello *streptotrix*, che come tale si rinvenne pure in quella specie di comedone sviluppatosi sulla guancia destra dell'infermo.

Così pure l'emiplegia insorta nel periodo finale della malattia, molto verosimilmente doveva attribuirsi a trombosi consecutiva alla setticemia micotica.

Dalla prima osservazione del 1842 dovuta al Bennet, dopo gli studi del Castellani, numerosi sono stati i casi studiati ed illustrati di micosi polmonari nei quali vennero riscontrati funghi appartenenti ai generi, nocardia, monilia, oidio, sporotrichio, actinomices, aspergillo.

I casi di streptotricosi polmonare finora noti sono soltanto 18, e in tutti il decorso fu come nel caso dell'A. quello di una pseudo-tubercolosi acuta o sub-acuta. TR.

Sulla sifilide polmonare.

A. Friedlander e R. Erickson (*Journal Amer. Médic. Assoc.*, 22 luglio 1922) osservano che la letteratura sulla sifilide polmonare è piena di contradizioni. Se si eccettua la polmonite bianca congenita, già descritta da Virchow, Widal, ecc., la sifilide polmonare è piuttosto rara, in confronto delle altre localizzazioni viscerali della spirocheta: si trova nel 0.14-0.30 % delle autopsie secondo i vari autori. Le statistiche fondate sul solo esame radiologico non sono attendibili, non essendo ancora ben noto il quadro radiologico della sifilide polmonare. Balzer ha descritto una bronchite sifilitica, con reperto di spirochete nell'espettorato e rapido miglioramento con la cura specifica; e si può bene ammettere data la predilezione della sifilide secondaria per le mucose.

Le lesioni anatomiche più comuni sono le gomme e i processi indurativi con fibrificazione. Non sono rare le bronchiettasie secondarie, non sono frequenti invece le lesioni ulcerative e gangrenose.

Le gomme possono essere semplici o multiple, di grandezza varia. Il rammollimento, la ulcerazione in un bronco, dànno spesso un quadro simile a quello della tubercolosi. Per lo più le gomme si trovano intorno all'ilo o nei lobi inferiori

Più frequenti delle gomme sono però i processi infiammatorî lenti, con esito in indurazione fibrosa: cominciano dall'ilo e si estendono lungo i bronchi e i vasi sanguigni. Talvolta intorno a un grosso blocco di tessuto fibroso si stabiliscono fatti catarrali che possono anche invadere gli apici. Sintomi caratteristici della sifilide polmonare non ve ne sono. Può esservi tosse, con o senza emoptoe, dispnea, sudori notturni, deperimento e lieve febbre. Il dolore a destra, non raro, è dovuto a periepatite luetica, non a pleurite. Talora complica il quadro una mediastinite, con forti dolori retrosternali e disturbi circolatori.

La sifilide polmonare può venire sospettata quando si rilevano i segni fisici di tubercolosi, mentre esami ripetuti dell'espettorato sono negativi, e la R. W. è positiva. Ai raggi il reperto non corrisponde a quello di una tubercolosi. La diagnosi può essere affermata se il trattamento specifico dà un rapido miglioramento clinico e radiologico: vi sono però eccezioni. Inoltre sifilide e tubercolosi possono coesistere.

Su 791 pazienti di un sanatorio, l'A. ha potuto far diagnosi di sifilide polmonare quattro volte (0.5 %), con una conferma all'autopsia. L'A. riferisce brevemente questi ed altri due casi.

Il Brooks fa osservare che probabilmente la sifilide polmonare è più frequente di quanto risulta dalle statistiche necroscopiche: di tale natura sarebbero le bronchiti persistenti, con R. W. positiva, che cedono alla cura antiluetica, nonchè le lesioni polmonari che si accompagnano a lesioni cardiovascolari. La risoluzione ritardata della polmonite spesso dipende dalla lues. Una diagnosi differenziale difficile è quella coi tumori polmonari; serve di guida il decorso e l'effetto della cura antiluetica. DORIA.

L'embolismo polmonare postoperatorio.

Può osservarsi dopo qualunque operazione; assai raro in quelle sopradiaframmatiche, è invece più frequente dopo quelle addominali, specialmente nell'isterectomia; C. Gordon-Watson (*The practitioner*, giugno 1922) ha avuto due casi di morte per embolismo polmonare dopo l'escissione addomino-perineale del retto. Fra le cause di morte post-operatorie, esso entra per il 0.5-1.7 %.

Non si osserva mai nei fanciulli; nella grande maggioranza dei casi i pazienti hanno oltre 45 anni. L'infezione settica, causa frequente dell'infarto polmonare, è invece eccezionale per l'embolismo.

La maggior parte degli emboli si distacca dalle vene femorali od iliache, talvolta anche dall'orecchietta destra; per condizioni favorevoli, si forma un coagulo, che rimane attaccato alle pareti della vena e poi, per movimenti subitanei o per contrazione muscolare attiva si distacca; ciò che avviene fra il 5° ed il 10° giorno.

Bisogna tenere presente che talora l'embolismo polmonare è misconosciuto all'autopsia, per abitudine di staccare il cuore dai polmoni prima di aprire l'arteria polmonare.

Fattori causali. Esclusa l'infezione postoperativa, si può ammettere che la trombosi abbia luogo nella corrente torpida di una vena, quando vi sia presente la trombo-kinasi, che normalmente non si trova nel sangue. Come concausa si può invocare il trauma, per lesione alle vene da parte di retrattori, di pinze, di aghi, per presenza di ematoma nella parete addominale, di emorragie nei legamenti larghi.

La torpidità della circolazione può essere dovuta a perdita di liquido (eccessivi purganti, emorragie, vomiti) a diminuzione di pressione sanguigna (*shock* postoperatorio, anestesia prolungata, iniezione di morfina, posizione prona, diminuzione dell'attività respiratoria nella convalescenza), per la posizione tenuta durante l'operazione per cui è ostacolato il ritorno del sangue nella cava.

La diagnosi di questi casi, spesso fulmineamente mortali, è agevole.

Il paziente getta un grido; la sua espressione si fa subito angosciosa, il colorito del volto grigiastro, quasi cadaverico; si ha intensa dispnea, grave dolore precordiale, caduta del polso e, più o meno rapidamente, la morte. In qualche raro caso, dopo ore ed ore di lotta angosciosa, si manifesta improvvisamente un miglioramento e l'ammalato può sopravvivere.

L'uso della stricnina e di analoghi medicamenti è sconsigliato dall'A. che in casi del genere è ricorso a morfina, ad inalazioni di nitrito d'amile e di ossigeno. L'intervento chirurgico può essere giustificato ma non avrebbe dato finora risultati.

Sarà bene soprattutto evitare le cause, specialmente i traumi inutili, frenare bene le emorragie ed evitare la trombosi dovuta a pressione da ematoma. Così vanno pure evitate le perdite di liquidi, le posizioni troppo sacrificate e l'immobilità postoperatoria: nella convalescenza sarà anche opportuna la ginnastica respiratoria. *fil.*

Etiologia e prognosi della pleurite sierosa nel bambino.

Da ricerche fatte da Neuland (*Klinische Wochen.*, 1922, p. 469) risulta che, escludendo i casi in cui l'essudato poteva essere riferito a malattie note (polmoniti, scarlattina, ecc.), la pleurite sierosa del bambino non avrebbe un rapporto stretto con la tubercolosi quanto quella dell'adulto.

Per quanto riguarda la prognosi, su 24 bambini, che al momento della malattia pleurica erano infetti da tubercolosi (cutireazione positiva), 18, dopo un periodo di tempo di 1-10 anni vennero riscontrati perfettamente sani; solamente in 7 erano dimostrabili piccoli resti della malattia; degli altri 6, due mostrarono dopo 1-3 anni segni di tubercolosi attiva, uno di tubercolosi ossea, 3 avevano segni dubbi di tubercolosi estinta.

I risultati concordano con quelli di altri autori e dimostrano che la pleurite sierosa idiopatica in bambini infetti da tubercolosi pur non essendo del tutto innocua, permette una prognosi più favorevole che nell'adulto.

fil.

VARIA

L'ereditarietà nella discendenza di un poligamo.

La trasmissione ereditaria dei caratteri psicologici e più particolarmente delle tare mentali non ha più bisogno di essere dimostrata. È ben certo che l'ereditarietà ha una parte importante nella etiologia delle malattie mentali, tuttavia si è ben lontani dal poter formulare una legge matematica che permetta di fissare numericamente le probabilità di una trasmissione morbosa ereditaria in una determinata famiglia.

A titolo di documentazione utilizzabile per tale scopo Mignot (*L'encéphale*, 1922, n. 4) presenta la genealogia di una famiglia che conta un gran numero di anormali.

Verso la metà del secolo decimottavo sbarcò nelle Antille un giovane francese, che secondo l'uso condusse come compagna una negra africana. Da questa unione nacque nel 1790 un figlio X che fu un uomo intelligente ed attivo e che morì a 86 anni. X non soffrì malattie gravi e fu di una sobrietà esemplare. La sola particolarità notevole della sua esistenza fu l'at-

tività sessuale. Ebbe due mogli e sette amanti. Queste nove donne non presentavano dal punto di vista mentale e somatico alcun fatto degno di nota.

La discendenza di X ha vissuto nello stesso ambiente; tutti i membri si conoscevano e la loro dispersione ha cominciato verso la metà del secolo scorso.

Dalle sue nove donne X ebbe quattordici figli ed otto figlie.

Dei primi, tre hanno avuta un'esistenza normale, tre sono morti giovani in seguito a terremoto, due furono fucilati durante una rivoluzione, uno fu alcoolizzato, due morirono alienati e tre suicidi, insomma otto anormali e sei normali. Le otto figlie non presentarono tare gravi: solo due ebbero carattere bizzarro. La discendenza dei figli di X fu molto numerosa.

Fino ad oggi si può dire che X ha avuto centocinquanta discendenti, di cui ventisei anormali. La tara suicida è stata la più frequente (10 casi), segue l'alienazione mentale (7 casi), poi l'alcoolismo cronico con 4 casi, infine tre furono omicidi.

La trasmissione ereditaria della tara psicopatica nella famiglia di X ha delle particolarità interessanti.

La consanguineità non ha esaltata la tara: dieci figli nati da cugini furono normali.

Il carattere patologico ereditario è legato al sesso maschile: una sola donna della terza generazione fu alienata. La trasmissione si è fatta attraverso i maschi.

Un altro fatto è importante. Dalla sua prima moglie ebbe una figlia, dalle quattro donne seguenti ebbe su dodici figli undici maschi, mentre dalle ultime quattro donne su sei figli ebbe cinque femmine. Da ciò si deduce che X trasmise i suoi caratteri patologici, di cui era vettore più particolarmente tra gli anni 1820 e 1850, cioè all'epoca nella quale era nel pieno vigore fisico ed intellettuale. Più giovane e più vecchio ebbe figlie, cioè discendenti normali.

È impossibile dire come e perchè si sia sviluppata in X questa capacità a produrre discendenti psicopatici. Quel che è certo si è che questa tara comparsa in alcuni figli di X ha avuto pieno sviluppo nella seconda generazione ed è diminuita nella terza.

Se è vero che le leggi di Mendel sono applicabili all'ereditarietà mentale, il che non sembra ancora dimostrato, nella famiglia di X la tara psichica si è comportata come un carattere dominante. Il quadro genealogico della famiglia X dimostra che la trasmissione ereditaria ha avuta su per giù la regolarità fissata dalle leggi mendeliane (metà della discendenza normale con discendenza normale e metà della discendenza normale con discendenza anormale) senza però seguirla esattamente.

Ad ogni modo non si può attribuire un carattere ineluttabile a questa potenza della trasmissione ereditaria delle tare. Ciò dimostra anche la storia della famiglia di X. Questa famiglia non ha come quella degli Atridi prodotto unicamente mostri. Tra i centocinquanta membri, ventisei furono anormali, ma centoventicinque non presentarono alcuna anomalia degna di nota. Anzi tra essi vi fu un uomo di intelligenza politica superiore, due matematici di levatura intellettuale superiore alla media. Conviene infine tener conto della potenza riparatrice fattasi sentire nella terza generazione.

Quest'antinomia della trasmissione ereditaria delle tare e del ritorno verso il tipo medio dell'umanità è consolante. Essa, conclude il Mignot, deve rendere più prudenti e meno dottrinarii quei sociologi che non esitano a chiedere la sterilizzazione sessuale degli anormali.

Dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FERRARINI GUIDO. *Gli scopi, i limiti e la funzione didattica dell'insegnamento della Patologia dimostrativa chirurgica.* — Napoli, G. Barca, 1922.

ALFIERI EMILIO. *I nuovi compiti della Croce Rossa nel campo della previdenza e dell'assistenza sociale.* — Pavia, Succ. F.lli Fusi, 1922.

DE MENDONCA ALBERTO. *Quistos Para-dentários.* — Lisboa, Serviços Gráficos de Exercito, 1921.

CAVINA GIOVANNI. *Nota intorno ad un caso di «Eventratio diaphragmatica».* — Bologna, Ind. Grafiche Ital., 1921.

ID. *Ricerche sperimentali sulle stenosi artificiali dell'intestino.* — Bologna, Ind. Grafiche Italiane, 1921.

ID. *Ricerche sperimentali sull'esclusione del piloro.* — Napoli, Enrico N. Muca, 1921.

PANSINI GIOVANNI. *Importanza terapeutica dell'associazione Chinino-Siero antitifico. Il Polso tifoso.* — Milano, A. Rancati, 1922.

D'ERCHIA FLORENZO. *Gravidanza intra ed extrauterina. Laparotomia con estrazione dell'uovo. Prosecuzione normale della gravidanza intrauterina.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1917.

ID. *Sul restringimento valvolare congenito del collo dell'utero.* — Roma, Stab. Poligr. Amm. Guerra, 1920.

MAZZONI LUIGI e PALUMBO VINCENZO. *La depilazione col radium applicata alla cura dei tignosi.* — Roma, Tip. Cartiere Centrali, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

COLTURA SUPERIORE.

A proposito del conferimento delle libere docenze.

Su questo argomento il dott. Attilio Candela ci invia una lettera aperta al Ministro della Pubblica Istruzione.

Lo scrivente fa la storia delle leggi sul conseguimento delle libere docenze osservando che si è avuto un peggioramento progressivo.

Inizialmente quando la libera docenza rappresentava sul serio un titolo culturale professionale superiore veniva conseguita per titoli.

Chi ricorda quale fioritura di scienziati autentici e didatti sommi annoverava detta categoria trova che il confronto con i tempi attuali se è vantaggioso per il numero è nettamente svantaggioso per la qualità. Vi fu un Ministro il quale pensò bene di allargare e facilitare il conseguimento di detto titolo e istituì l'esame per la libera docenza.

La conseguenza fu la svalorizzazione del titolo. Bene avrebbe fatto la dirittura del ministro Croce ad *abolire* e non *sospendere* il conseguimento della libera docenza per esame, se detta *abolizione* e non *sospensione* fosse avvenuta fin dal principio della guerra (come un provvido decreto luogotenenziale aveva fatto per tutti i concorsi in genere) e non nel maggio 1918, quando i migliori stavano al fronte a fare il proprio dovere e rischiare la vita per la Patria. Sul finire della guerra quelli che per questa si erano sacrificati sono tornati ai loro studi, ma si sono trovata preclusa la strada al loro miglioramento professionale dal decreto di sospensiva Croce, tardivo, intempestivo, inopportuno, incompleto ed ingiusto. Tardivo perchè avrebbe dovuto essere promulgato fin dallo scoppio della guerra, come si era fatto per i concorsi in genere, entrambi i decreti avendo l'istesso fine e i medesimi intendimenti — intempestivo perchè reso pubblico in epoca in cui alcuni erano già tornati da tempo dalla guerra e potevano beneficiare della legge *ante-bellum* e la maggioranza no — inopportuno perchè veniva a sospendere uno stato di fatto già esistente per altri — incompleto perchè colpiva solo quelli che non avevano avuto il modo di far la domanda a tempo, o non avevano per le lungaggini burocratiche la Commissione esaminatrice bella e formata — ingiusto, sommamente ingiusto perchè veniva a colpire proprio quelli che più avevano meritato dalla Patria.

Forse queste considerazioni morali avranno consigliato il Ministro Corbino a ritirare il decreto Croce sulla sospensione. Intanto l'on. Anile non credette bene di ripresentare il progetto Croce circa la sospensiva e nello stesso tempo rinviare alla Commissione parlamentare per l'Istruzione pubblica lo studio del progetto stesso, in modo da elaborare e disciplinare in maniera organica e riordinare questa benedetta legge sulle libere docenze, la quale legge, se presentava degli inconvenienti nel periodo *ante-bellum*, ne presenterà dei più gravi, e sanzionerà delle gravi ingiustizie così come è voluta adesso. « Avranno corso soltanto quelle domande per esame per le quali la Giunta del Consiglio Superiore dell'Istruzione pubblica avrà proposto e formato le Commissioni esaminatrici ».

Questa disposizione sanzionerà altra ingiustizia perchè, come si è verificato durante le vicissitudini di otto anni di guerra e post-guerra, e si verifica anche adesso, saranno tagliati fuori i più meritevoli, quelli che più si son sacrificati.

È pur giusto che la libera docenza da ora in poi debba essere conseguita soltanto per titoli, appunto perchè i candidati presentino delle serie garanzie del loro valore scientifico e culturale, e maggiore dignità venga all'Istituto stesso della libera docenza, ma giustizia vorrebbe anche venissero ritirate tutte le libere docenze conseguite per esame dallo scoppio della guerra ad oggi — o che venisse almeno ed ancora concesso il conseguimento della libera docenza per esame soltanto a coloro che si sono laureati prima della guerra, assegnando loro, s'intende, un congruo termine entro il quale debbano, volendo, sostenere detto esame, senza badare se abbiano oppur non presentato la domanda al Ministero e se la famosa Commissione esaminatrice si sia per essi formata. I periodi di incerta remissività nell'applicazione della sospensiva circa l'esame, alternantisi con periodi di ingiustificato rigore, darebbe già ad essi un inviolabile diritto morale.

La legge per essere giusta e non sollevare dei malumori plausibili non deve essere vacillante e incerta, ed il volere stabilire come *conditio sine qua non* la formazione delle Commissioni esaminatrici, sino a che non sarà stabilita definitivamente ed opportunissimamente la libera docenza per titoli, perchè alcuni candidati, i più fortunati, siano ammessi ancora al conseguimento di detto titolo per esame, non è giusto. Detta concessione dovrebbe essere fatta solo a quelli laureati nell'ante-guerra e per un periodo di tempo limitato.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici della provincia di Roma.

La Presidenza dell'Ordine rende noto a tutti gli iscritti nell'Albo che la Direzione di Polizia mortuaria del Comune di Roma fa vive premure perchè i Medici, nella redazione dei certificati di avvenuta morte, non omettano la indicazione precisa del luogo ove trovasi il defunto.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 2 del 1923):

Dott. Campanini-Cocozza	»	20 —
Dott. Angiolicchio	»	20 —
Dott. Angiolicchio (Varie)	»	40 —
Dott. Gervasi	»	20 —
Dott. Cleva	»	20 —
Dott. Lang	»	20 —
Dott. Giorgacopulo	»	20 —
Dott. Risigari	»	20 —
Dott. Montegnacco	»	20 —
Dott. Comisso	»	20 —
Dott. Studeri	»	10 —
Dott. Benci	»	10 —
Dott. Lindemann	»	10 —
Dott. Merluzzi-Medici	»	10 —
Dott. Saiz	»	10 —
Dott. Licen	»	10 —
Dott.ª Rawicz	»	10 —
Dott. Verona	»	15 —
Dott. Gioseffi	»	10 —
Dott. Contento	»	10 —
Dott. Chiaradia	»	10 —
Dott. Petrucco	»	10 —
Dott. Peccol	»	10 —
Dott. Sandrini	»	10 —
Dott. Andrieni	»	10 —
Dott. De Franceschi	»	10 —
Dott. Cinatti	»	5 —

(Diversi):

Dott. Ugo Albeggiani, Roccaranieri (Perugia)	L.	25 —
Dott.ˢˢ Maria Savini, Udine	»	25 —
Dott. Ballerini (Roma)	»	100 —
Dott. Zerbini (Cuneo)	»	5 —
Dott. Cricchi Luigi (Aquila)	»	50 —
Dott. Paolo Costantini, Gallarate (Milano)	»	25 —
Ordine dei Medici di Roma	»	300 —
Prof. Pietro Gallenga	»	50 —
Prof. Saverio Paparozzi	»	50 —
Dott. Emidio Tesei	»	30 —
Dott. Maurizio Morpurgo, Nay-Hamadi (Egitto)	»	50 —
Dottori Giordani Nicola e Luigi (Roma)	»	50 —
Dott. Morelli Nicolino (Capriati al Volturno)	»	10 —
Dott. Ippolito Silvio (Linaro)	»	10 —
Prof. Giuseppe Bedeschi (Ancona)	»	20 —
Dott. Giovanni D'Aloia (Massalubrense)	»	50 —
Dott. Giov. Gaggia (Feltre)	»	100 —

(*Continua*).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Amaroni (*Catanzaro*). — Scadenza 3 febbraio; condotta soli poveri num. 1350; L. 7000 lorde; lire 2000 indennità uff. san.; età limite 45; documenti rito.

Arquata del Tronto (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 gen. Due cond.; L. 11,000 oltre c.-v. di legge e 6 trienni ventes.; L. 3000 cav.; all'uff. san. L. 500.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente in soprannumero; L. 3510 (soggette a ritenuta Cassa di prev.) e c.-v.; percentuale sui proventi della Sezione Kinesiterapica; età massima 30; scad. ore 17 del 25 gen. Titoli ed esame. Nomina annua.

Caserta. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

Cautiano (*Pesaro*). — Proroga a tutto il 20 gen.

Dovadola (*Firenze*). — Scad. 20 gen. 2ª cond. camp.; L. 6000 e 2 c.-v.; L. 4000 cav.; L. 500 assistenza operazioni ospedale Zauli. Pov. 122.

Fermo (*Ascoli Pic.*). — Cond. di città e cond. per fraz. Torre di Palme; L. 12000 per 1000 pov. ciascuna, addiz. L. 2.50, due c.-v., 5 quadrienni quindicesimo, L. 3000 alla cond. rurale per cav. Scad. 20 gennaio.

Fiorenzuola (*Piacenza*). — *Congregazione di Carità.* — Al 31 genn., aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; L. 5000, c.-v. e 20 % sui proventi degli atti operativi; laurea da non meno di 1 e non più di 6 anni. Serv. nel termine che sarà indicato nella partecip. di nom. e in nessun caso oltre i 15 giorni.

Galeata (*Firenze*). — Scad. 25 gen. Due cond.; L. 6000 e 2 c.-v.; 8 trienni dec.; L. 4000 cav. (variabile); L. 500 all'uff. san.; addiz. L. 2 oltre i 2000 pov. (*sic*).

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

Prasomaso (*Sondrio*). — Vice-direttore Sanatorio Umberto I; titoli, preferenza servizio Istituti cura tubercolosi. Scadenza 31 gennaio. L. 9000 netto R. M. Cinque aumenti biennali di un decimo. Vitto, alloggio *ad personam*. Età limite 40. Documenti rito.

Roma. *Croce Rossa Italiana.* — Medico interno nell'Istituto «Preventorio Emilio Maraini» con la retribuzione mensile di L. 4000 oltre vitto e alloggio. Il servizio importa permanenza nell'Istituto durante l'orario notturno e quella parte dell'orario diurno che il Direttore del Preventorio potrà stabilire. Le mansioni di servizio sono assegnate dal

Direttore secondo il Regolamento interno dell'Istituto. È vietato l'esercizio professionale libero. Il concorso è per titoli *fra donne* laureate in medicina e chirurgia. Titoli richiesti: Stato di famiglia; Sana e robusta costituzione; Diploma del Corso di perfezionamento in clinica pediatrica; Documenti, titoli pratici e pubblicazioni atte a dimostrare che la concorrente ha attitudini nell'assistenza dei bambini. La prescelta dovrà assumere il servizio entro sette giorni dalla comunicazione della nomina. Carica e conferma biennali. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi al Comitato Centrale, Ufficio II, via Toscana, 12 - Roma.

S. MARIA CAPUA VETERE (*Caserta*). — Medico-chirurgo ordinario Ospedale Melorio; titoli ed esami. Indennità annua L. 3000. Scadenza 28 gennaio. Rivolgersi Segreteria dell'Ente

UDINE. — Scad. 30 genn. Batteriologo capo del Labor. med.-micrograf.; L. 10.000 elevabile per passaggi di classe e aumenti periodici a L. 17.500 al compimento del 22° anno di serv.; doppio c.-v. Rivolgersi alla Segreteria municipale.

VALMONTONE (*Roma*). — Per Segni-Scalo e Colleferro; a tutto 22 genn.; L. 7000; iscriz. Ordine.

Medico-chirurgo, di anni 31, pratico di condotta, già aiuto e direttore di ospedale, perfezionato in Clinica Medica, in Malattie tubercolari, in Malattie di bambini, in Clinica Ostetrico-Ginecologica e Chirurgia, accetterebbe, anche subito, interinato condotta, posto in Ospedali, Case di salute. Indirizzare offerte dettagliate: dott. Pietro Fiorentini, via Piave, 14, p. I - Roma.

BORSE DI STUDIO.

ROMA. *Ministero per l'Agricoltura*. — Il Ministero per l'Agricoltura, in parziale accoglimento delle proposte avanzate dalla propria Commissione malariologica (vedi fasc. 47 del 1922, p. 1553), con i fondi stanziati nel proprio bilancio, ha bandito un concorso per due borse di studio per l'esecuzione di ricerche malariologiche ed anofelogiche connesse con la colonizzazione e con la piccola bonifica igienica dei terreni malarici, da godersi nel periodo di dodici mesi continui, presso RR. Istituti d'istruzione o sperimentali o presso Istituti privati di riconosciuta importanza.

L'ammontare di ciascuna borsa sarà corrisposto in rate bimestrali posticipate.

Le domande di partecipazione al concorso dovranno pervenire in carta legale da L. 2.40 al Ministero di Agricoltura (Direzione generale della Colonizzazione) entro il 31 marzo 1923.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Associazione Italiana per l'Igiene*. — In occasione del II Congresso Nazionale, indetto a Venezia dal 20 al 30 giugno 1923, sono banditi due concorsi nazionali a premio.

a) tipo di bagno collettivo (a 6 posti) a doccia tiepida per scuole, convitti, educandati, opifici, caserme, ecc.; semplice, solido, economico, facilmente riparabile ed adattabile a diversi tipi di sorgente termica. Esposizione dei campioni corredati da descrizione tecnica e preventivo di spesa. Premi: diploma di 1° grado e L. 4000; diploma di 2° grado e L. 1500; 4 menzioni onorevoli.

b) Opuscolo di propaganda popolare di non più di 50 pagine a stampa (formato sedicesimo) sul tema: L'Abitazione igienica, nei suoi rapporti con la Salute e la Morale»: 1° premio L. 1500; 2° premio L. 1000.

Per le norme, chiarimenti ed informazioni dirigersi al segretario dell'Associazione dott. Giovanni Palomba, Roma (25), via Vittorio Veneto, n. 96.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Riportiamo l'elenco dei vincitori del concorso per assistenti medico-chirurghi negli Ospedali Riuniti di Roma: dottori Gullini Luigi, Petta Giorgio, Benedettelli Ernesto, Zampa Giuseppe, Gerundo Amedeo, Tirelli Severino, De Santis-Monaldi Tullio, Radogna Giuseppe, De Bosis Vittorio, Bottalica Mario, Cesari Giulio, Rustichelli Vincenzo, Bolaffi Ernesto, Fontana Domenico, Ramicci Felice, Scollo Giuseppe, Alessandrini Giuseppe, Antonioli Giulio Cesare, Stoppoloni Aurelio, Colucci Carlo, Bortolotti Raffaele, Brizzi Corrado, Parlavecchio Alfredo, Bombelli Ugo, Benedetti Valentino.

***

Sono terminati in questi giorni i concorsi per Dirigente ed Aiuto Radiologo presso gli Ospedali Riuniti di Roma.

Il concorso per un posto di dirigente fu vinto dal prof. Saraceni Filippo; la Commissione era composta dei proff. Ghilarducci, Busi, Esdra, Zeri e Margarucci.

I tre posti di aiuto furono vinti dai dottori Attilj Sordello, Milani Eugenio e Moretti Riccardo. La Commissione era composta dei proff. Ghilarducci, Esdra, Coleschi, Muzii e Aminta Milani.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Cavaliere di Gran Croce: prof. Pagliani Luigi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino.

Grandi ufficiali: prof. Capparelli Andrea, ordinario di fisiologia nella R. Università di Catania e prof. Gustavo Quarelli, medico primario dell'Ospedale S. Giovanni di Torino.

Commendatori: prof. Giussani Antonio, ordinario di oto-rino-laringoiatria a Pisa; prof. Guzzoni degli Ancarani Arturo, ordinario di ostetricia a Modena.

Cavaliere: dott. Veronese Dino Leopoldo, aiuto presso la Clinica pediatrica di Padova.

Il dott. Remo Monteleone è nominato cavaliere dell'Ordine della corona d'Italia per *motu proprio*.

Le più vive congratulazioni al nostro valoroso collaboratore.

PROFILI.

Antonio Dionisi.



Il prof. Antonio Dionisi, laureato in Roma nel luglio dell'anno 1890, compì la sua preparazione scientifica e pratica principalmente nell'Istituto di Anatomia Patologica e negli Ospedali di Roma sotto la guida del prof. Ettore Marchiafava.

Nominato per concorso professore straordinario di Anatomia Patologica nella R. Università di Modena nel gennaio 1904, vi fu promosso ordinario nel giugno 1907, e nel 1910, pure per concorso, fu nominato nella R. Università di Palermo, ove insegnò fino al 1922.

Mobilitato nel 1915 quale ufficiale medico della Riserva Navale insegnò nella Università da campo di S. Giorgio di Nogaro negli anni 1916 e 1917 e tenne per tutta la durata della guerra l'ufficio di *consulente* per la difesa dalla malaria della III armata, ottenendo per l'opera svolta sull'altipiano Carsico la medaglia d'argento al valor militare.

Nell'ottobre 1922 fu chiamato con voto unanime dalla Facoltà di Roma a succedere al prof. Marchiafava.

L'attività scientifica sua e dei suoi allievi di Modena e di Palermo si svolse specialmente nel campo della malaria, della Leishmaniosi, delle correlazioni fra gli organi a secrezione interna, e dell'apparato reticolo endoteliale.

Tempra di studioso e di lavoratore indefesso il prof. Dionisi ha passato e passa la sua vita nel laboratorio e nella scuola, esempio ai suoi discepoli di una operosità, di una attività e di una resistenza veramente meravigliose. Studioso appassionato delle scienze mediche e specialmente dell'anatomia patologica, alla quale ha portato così notevoli contributi con i suoi lavori originali, egli ha saputo sempre infondere nell'animo dei suoi allievi l'amore allo studio, alle ricerche, agli esperimenti condotti con severo metodo scientifico. Il suo insegnamento chiaro, lucido, preciso, ha la virtù di destare l'entusiasmo e di tener vivo l'interesse dei suoi scolari. Queste doti di studioso, di ricercatore e di insegnante fanno di lui un degno successore del suo illustre maestro, e sono arra sicura che egli saprà continuare e mantenere la tradizione veramente gloriosa della Scuola di Anatomia Patologica della nostra Università.

Ma se singolari sono le qualità del maestro e dello scienziato nel prof. Dionisi, non meno degne di ammirazione sono in lui le qualità dell'animo. Tutti hanno potuto ammirare lo slancio e l'entusiasmo con i quali ha saputo abbandonare la famiglia e gli studi prediletti, affrontando pericoli e disagi per correre a prestare l'opera sua patriottica e umanitaria a pro' dei nostri soldati; ma soltanto chi ha la fortuna di conoscerlo intimamente sa di quale bontà vera, di quale volenteroso altruismo è capace l'animo suo buono e generoso.

NOTIZIE DIVERSE.

Nuovi insegnamenti negli Istituti Clinici di Milano.

La Facoltà medico-chirurgica e di perfezionamento di Pavia e Milano ha deliberato la istituzione dei seguenti nuovi insegnamenti: delle Lesioni cerebrali a focolaio, nell'Istituto Vittorio Emanuele III; della Immunologia, nell'Istituto sieroterapico milanese; della Clinica cardiologica, nell'Ospedale Victor De Marchi; della Biochimica e Terapia sperimentale, nell'Istituto dott. Giovanni Rizzi; della Diagnostica oftalmica.

Per l'avvenire dell'Ortopedia.

La Presidenza della Società Italiana di Ortopedia, sodalizio che conta già molti anni di vita ed ha attualmente circa 200 soci, sta compiendo opera attiva presso le competenti Autorità perchè all'Ortopedia sia finalmente riconosciuto, così nell'insegnamento Universitario come negli Ospedali, quel posto cui ha diritto.

All'ultimo Congresso della Società, tenutosi a Firenze nell'ottobre scorso, l'assemblea ha votato unanime un Ordine del giorno in cui si chiede:

1) Che si istituiscano Cattedre di Ortopedia in quelle Università che ancora ne sono prive e che l'esame di Clinica Ortopedica sia reso obbligatorio per gli studenti di Medicina;

2) che vengano create Sezioni Ortopediche negli Ospedali generali.

Considerando inoltre che attualmente è vacante la Cattedra di Clinica Ortopedica nella R. Università di Napoli, la Società ha fatto voti affinchè detta Cattedra sia al più presto messa a concorso.

I voti della Società, cui si sono aggiunti quelli delle Facoltà Mediche delle Università di Roma e

di Bologna, saranno presto trasmessi a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, da una Commissione delegata dalla Presidenza della Società.

Congresso Internazionale di Talassoterapia.

Nei giorni 9-12 aprile avrà luogo a Venezia il Congresso Internazionale di Talassoterapia. Il tema ufficiale messo all'Ordine del giorno è il seguente: «Determinare in modo scientifico sperimentale, ed in tutti i loro dettagli, i fattori generali che provocano le azioni biologiche nelle diverse stazioni marine».

Il Congresso è sotto l'Alto Patronato di S. M. il Re.

Indirizzare la corrispondenza al segretario generale prof. G. Ceresole, Ospedale Civile - Venezia.

Pel IV Congresso dell'Industria Sanitaria Nazionale

Essendosi stabilito al Congresso di Napoli che il IV Congresso per l'Industria Sanitaria nazionale avrebbe avuto la sua sede a Torino, per assolvere degnamente all'impegno assunto, il dott. De Silvestri convocò giorni sono volonterose personalità, costituendo un Comitato che dovrà predisporre e ordinare questo Congresso perchè riesca degno della Capitale del Piemonte e dello sviluppo che vanno prendendo i vari rami di questa industria sanitaria.

Comitato Meridionale dell'Associazione di Idrologia.

Nella riunione del Consiglio Direttivo, del 29 novembre u. s., alla quale hanno partecipato il Presidente on. prof. Francesco Paolo Sgobbo, i vice-Presidenti prof. Orazio Caro e prof. Pio Marfori, il Segretario dott. Alberto Botti e i consiglieri prof. Andrea Ferrannini e dott. Pasquale Muscogiuri, si è deliberato: di rivolgere appello ai soci del Comitato ed agli esercenti di Stabilimenti Termali balneari e climatici del Mezzogiorno per l'intervento al Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, che avrà luogo in Palermo nell'aprile 1923; di organizzare un Convegno del Comitato Meridionale, da tenersi nell'Isola d'Ischia, all'epoca della inaugurazione della stagione 1923; d'iniziare un'opera di propaganda delle Stazioni termali e climatiche italiane, e specialmente delle meridionali, nelle scuole secondarie; di sollecitare la pratica della istituzione di una stazione idrologica internazionale in Napoli; di costituire nella sede sociale una raccolta delle pubblicazioni scientifiche e di propaganda di idroclimatologia meridionale.

A cura del Comitato trovasi in corso di stampa il volume degli Atti del Congresso di Castellammare esso verrà distribuito entro il mese di gennaio.

Corso di perfezionamento per aspiranti Ufficiali Sanitari.

Col 1° febbraio 1923 avrà principio nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Bologna un corso teorico-pratico bimestrale per laureati aspiranti ufficiali sanitari.

Sebbene a termini dell'art. 14 del vigente regolamento 9 agosto 1910 per la facoltà di Medicina e Chirurgia abbiano diritto ad inscriversi a tale corso, oltre ai laureati in Medicina e Chirurgia, anche i laureati in Zoojatria, Ingegneria, Chimica pura e Chimica farmaceutica, Scienze Naturali e Agrarie, e i diplomati in Farmacia, tuttavia, essendo limitato il numero di posti di studio, nell'accoglimento delle domande d'iscrizione si darà la preferenza ai laureati in Medicina e Chirurgia, e a quelli in Zoojatria, e per essi in ordine di anzianità di laurea.

Domanda al Rettore non oltre il 20 gennaio: Certificato di nascita legalizzato dal Tribunale; Ricevuta di pagamento di L. 300, fatto all'Economato della R. Università per tassa, e di L. 85 per sopratasse, ecc.

Si consiglia di presentarsi forniti di microscopio adatto alle ricerche batteriologiche.

Corso di perfezionamento in malattie chirurgiche delle vie urinarie.

Per errore tipografico venne pubblicato che il corso suddetto si iniziava il 6 febbraio e terminava l'8 aprile; si avverte che invece esso inizierà il 22 gennaio e durerà sino al 25 marzo.

Corso d'Igiene e d'assistenza infantile.

Organizzato dalla C. R. Italiana presso la Fondazione per lattanti Emilio Maraini in Roma, avrà inizio col 1° febbraio, in modo che potranno frequentarlo fin dal principio quei sanitari che vengono in Roma per altri corsi di perfezionamento.

Rivolgersi alla sede del Comitato centrale in Roma, via Toscana 10.

Lotta antimalarica nelle tre Venezie.

La presidenza del Comitato direttivo dell'Istituto Autonomo per la lotta contro la malaria nelle Venezie pubblica i provvedimenti escogitati e i risultati conseguiti nel 1922 (apertura di ambulatorii, dispensarii, asili, stazioni radioterapiche, propaganda, profilassi generale) e traccia il programma per il 1923.

Cospicue elargizioni.

Il 30 dic. si è riunita la Commissione centrale di beneficenza della Cassa di risparmio delle provincie lombarde sotto la presidenza dell'on. Marcora. La Commissione ha presentato le proposte di sussidi fatte dal Comitato esecutivo, deliberando, fra l'altro, l'assegnazione di L. 110 mila al Sanatorio Umberto I, per il mantenimento di 12 letti di patronato gratuito e l'istituzione di 36 letti di patronato semigratuito.

È stato stabilito uno stanziamento di fondi di 2 milioni e 990 mila lire a disposizione del Comitato esecutivo per l'erogazione di sussidi a determinate categorie di beneficenza.

Lascito.

Il Rettore della R. Università di Pisa è stato autorizzato ad accettare il legato disposto a favore della Università dalla signora Giulietta Corridi vedova Hall e consistente nella biblioteca del padre prof. Filippo Corridi, nelle spese di tra-

sporto, impianto e mantenimento, ed in L. 2500 per l'esecuzione di un busto del predetto professor Corridi.

La docenza ad Alessandro Peri.

Il Consiglio Superiore ha unanime sanzionata la docenza in medicina del lavoro al dott. Alessandro Peri, in esecuzione all'art. 24, eccezionalmente applicato.

È un atto di giustizia e riconoscenza verso un uomo che s'è particolarmente distinto nello studio dei problemi sociali delle malattie professionali e della infortunistica medico-legale.

Il Peri appartiene al corpo insegnante della Scuola medico-periziale e delle Assicurazioni sociali, in funzione da due anni nella R. Università di Genova, sotto la direzione del prof. Perrando.

In onore del prof. Caronia.

È stato dato a Napoli un grandioso banchetto in onore del prof. Caronia, chiamato a dirigere in qualità di ordinario la Clinica pediatrica dell'Università di Roma. La solenne manifestazione di stima investì anche l'illustre maestro del Caronia, prof. Jemma. Gl'intervenuti furono circa ducento. Allo *champagne* parlarono il prof. Savi per l'Ordine; l'avv. Lupo pel Municipio, il prof. Miranda per l'Università, il prof. Angelucci per la Facoltà, il prof. Falcone per i liberi docenti, il prof. De Stefano per gli allievi; risposero i proff. Jemma e Caronia.

Sottrazione di radium.

L'Istituto Fototerapico di Firenze ci comunica:

Il 13 dicembre u. s. veniva constatata la mancanza dalla cassetta contenente i vari preparati di Radium, di un tubetto Dominici, avente le seguenti caratteristiche:

lunghezza millimetri 25;
larghezza millimetri 3.5;
spessore della parete, in ottone, millimetri 0,3.

Il tubo ne conteneva un altro di vetro contenente 5 centigrammi circa di Bromuro di Radio puro cristallizzato (49.95 milligrammi).

Il tubo era stato tolto con altri due della medesima intensità, il giorno avanti da una malata degente nell'Ospedale di Orbatello, e secondo quanto assicura l'infermiera incaricata dell'ufficio, riposto con gli altri due, nell'astuccio dove abitualmente i 3 tubi erano contenuti.

Le ricerche fatte, con i mezzi a disposizione, immediatamente e nei giorni successivi, non avendo approdato ad alcun esito positivo, la Direzione dell'Istituto ha denunziato il fatto all'Autorità di P. S. per le ricerche del caso.

Il patrimonio in Radium dell'Istituto Fototerapico Fiorentino che era di 820 milligrammi viene così ad essere temporaneamente ridotto a 770 milligrammi.

La Direzione dell'Istituto Fototerapico comunica inoltre che ha disposto di erogare la somma di L. 5000 alla persona che darà indicazioni precise per il ricupero.

Il Direttore dell'Istituto Fototerapico
Prof. C. PELLINARI.

Assoluzione di due medici.

In seguito a pubblico dibattimento svoltosi nella Pretura Urbana di Bari, il prof. Francesco Campione e il dott. Raffaele Cotugno sono stati assolti, per inesistenza di reato, dall'imputazione di essersi ricusati di prestare la propria opera ad una partoriente ricoverata in ospedale e di avere abbondonato il servizio a titolo di protesta contro le condizioni vergognose in cui era tenuto l'ospedale. Di questo episodio avemmo altra volta ad occuparci.

Esprimiamo il nostro compiacimento ai due egregi professionisti per la vittoria conseguita.

Si è spento il prof. ANTONIO CARRUCCIO, che per oltre un trentennio ha, con immutabile zelo e devozione alla scienza, insegnato zoologia, parassitologia e zootecnica agli allievi di medicina e di scienze naturali dell'Università di Roma. Fondò e diresse per circa un quarto di secolo « Lo Spallanzani ».

Patriota fervente, aveva partecipato alle battaglie per l'indipendenza nazionale.

Lascia un sincero cordoglio. T.

Indice alfabetico per materie.

Appendice e ceco: chirurgia . . . *Pag.* 92
Bibliografia . . . » 90
Carcinomi primitivi multipli del piloro e della vescichetta biliare ectopica . . » 86
Cronaca del movimento professionale . . » 98
DIONISI A.: biografia . . . » 101
Ematuria da strongiloide intestinale . . » 75
Embolismo polmonare postoperatorio . . » 95
Enterocoliti: reazioni a distanza . . . » 93
Ereditarietà nella discendenza di un poligamo . . . » 96
Ernia inguinale obliqua: per l'operazione dell'— . . . » 87
Ernia ombelicale ed eventramenti: cerchiaggio dell'anello al filo di bronzo . » 88
Idrocefalo: studi sperimentali . . . » 73
Lattante: diagnosi di ipoalimentazione . » 92
Libere docenze: a proposito del conferimento delle — . . . » 98
Medicina: comunicazioni varie . . . » 91-93
Medicina e fisiologia . . . » 91
Mioclonie: le — . . . *Pag.* 83
Ordini dei medici: rapporti con l'Istituto Italiano d'Igiene sociale . . . » 92
Ormoni sessuali: recenti vedute sugli — . » 89
Paramidofenoli nella ricerca e distinzione dell'idrogeno solforato e dell'acido iposolforoso . . . » 80
Peste nell'epidemia di Parigi del 1920 . » 88
Pleurite sierosa nel bambino: etiologia e prognosi . . . » 96
Radioterapia: limiti . . . » 93
Rigidità extrapiramidale: sulla cosidetta — . . . » 81
Sifilide polmonare . . . » 95
Streptotricosi polmonare . . . » 94
Studi superiori: riforma nelle Marche . » 91
Tisi polmonare: diagnosi precoce . . » 91
Tubercolosi: difesa contro la — a New York . . . » 92
Tubercolosi polmonare attiva e quiescente . . . » 94
Vaccini: azione . . . » 85

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 22 Gennaio 1923 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: D. Taddei: L'incisione declive nella cura dell'empiema toracico.

Osservazioni cliniche: T. Lucherini: Encefalite letargica a sindrome parkinsoniana acuta con esito in guarigione.

Note e contributi: G. Ciaprini: Contributo clinico-statistico sulle rachianestesie ed anestesie locali praticate presso l'Infermeria presidiaria di Aquila.

Sunti e rassegne: NEUROLOGIA: W. Harris: La polineurite. — MEDICINA. F. Petz: Pneumotorace e cambiamento di altitudine. — CHIRURGIA: Olivecrona: La cura chirurgica dell'alluce valgo.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: XIX Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia. — Società di medicina legale di Roma.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Caratteri clinici differenziali dell'infezione puerperale settica e di quella con ritenzione di residui placentari od abortivi. — Frequenza e significato clinico degli spostamenti uterini. — Nella dismenorrea. — Trattamento della mastite acuta suppurata. — La secrezione lattea e la dieta. — Nelle erosioni dei capezzoli. — Sulla localizzazione ed estrazione dei corpi intraoculari. — IGIENE: Risultati dell'immunizzazione attiva con la tossina-antitossina difterica nelle scuole pubbliche di New York. — VARIA: Le malattie senza prognosi.

Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Cronaca del movimento professionale. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Concorsi. Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

Memento. **Preghiamo vivamente i ritardatari a non voler frapporre ulteriore indugio nel rimetterci l'importo del loro abbonamento pel 1923. È questo un dovere che gli abbonati, legati al « POLICLINICO » da affetto e da simpatia, debbono assolvere spontaneamente, senza costringerci a sollecitazioni individuali che, oltre a riuscire poco simpatiche o vessatorie, sono ora - più che mai - divenute onerose.**

I persistenti alti prezzi della carta, delle tariffe tipografiche ed il nuovo, non previsto, inasprimento delle tariffe postali che, col 1. Gennaio, ha colpito anche le stampe periodiche non quotidiane, e che, da solo, stante la nostra copiosa tiratura, ci porta un aggravio di parecchie migliaia di lire nelle presunte spese di spedizione, ci obbligano alla più rigorosa economia nell'invio delle copie del « POLICLINICO ». Dovremo pertanto limitare l'invio a coloro che si troveranno in regola con la nostra Amministrazione.

L'Editore

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA UNIVERSITÀ DI PISA.

L'incisione declive nella cura dell'empiema toracico.

Prof. DOMENICO TADDEI, direttore

Già l'anno scorso, a proposito della discussione fatta sul tema dell'Empiema toracico dalle Società riunite di Medicina e di Chirurgia Italiane, insistei sulla convenienza e sui buoni risultati, che si ottengono colla Incisione declive.

Nell'anno della epidemia, ormai volgarmente nota col nome di « Spagnola », ebbi a curare un numero notevole di empiemi: ne ebbi una ventina quasi contemporanei, operati nel giro di 5 o 6 giorni. E potei così fare una serie di studi di confronto molto interessante, quasi una serie di ricerche sperimentali nell'uomo, anche perchè si trattava di operati dalla stessa mano e con tecnica uniforme, di giovani militari presso a poco coetanei, tenendo conto accurato dei risultati, che si ottenevano col trattamento classico (incisione con o senza resezione costale della 7ª-8ª costa sulla emiscapolare e sulla ascellare posteriore) e con l'incisione declive.

Chiunque abbia operato degli empiemi ha notato il diverso comportamento a seconda che si tratta di empiemi da pneumococco o da comuni piogeni (stafilococco e specialmente streptococco) o da germi multipli (rottura nella pleura di caverne polmonari, ecc.).

I primi (se le resistenze dei malati sono tali da superare le alterazioni generali) sono a parità di condizioni più facili a guarire che non i secondi. È raro (se non si sono prati-

cati lavaggi o si sono lasciati corpi estranei o si sono mantenuti troppo a lungo i drenaggi) che residuino fistole, quasi costanti nelle forme tubercolari, specialmente se si ha infezione mista, ritenuta sulle prime come acuta per la preminenza che gli altri germi assumono di fronte al bacillo di Koch.

Dirò che nei casi da me allora trattati e che costituirono l'esperimento clinico, che mi fece mutare la tecnica fino allora seguita, si ritrovò in tutti lo streptococco in cultura pura.

Chiunque abbia operato degli empiemi totali colla tecnica classica ha visto guarirne un numero notevole in seguito all'intervento: ma ha anche certo notato:

a) la persistenza frequente nei primi tempi, e talora a lungo, di ristagno nel tratto di sacco pleurico compreso tra il seno costo-diaframmatico ed il livello, a cui fu praticata l'incisione, più alta del primo di molti centimetri: basta inclinare il tronco del malato dal lato operato per vedere talora uscire fiotti di pus;

b) la persistenza della temperatura per molti giorni, il continuare dello scadimento generale (polso frequente, albuminuria, emaciazione, ecc.), per un tempo più o meno lungo, ciò che consiglia il chirurgo a mantenere il classico drenaggio con tubi, con le conseguenze relative (fistole, ritardi enormi nella guarigione nei casi favorevoli)

Senza entrare a discutere le numerose questioni che il trattamento dell'empiema toracico presenta, io credo che, ad onta di talune obbiezioni, non si possa negare:

1° che fatta la diagnosi di empiema non tubercolare l'evacuazione immediata del pus si imponga;

2° che è necessario provvedere ad abolire più che sia possibile il ristagno, se chirurgicamente si interviene.

L'aspirazione continua del pus, il lavaggio continuo alla Carrel, la posizione del malato possono effettivamente rispondere al 2° punto: sul primo credo non ci sia bisogno di fermarsi.

Ma nessuno può negare che i mezzi ora accennati non siano poco pratici, complessi, incerti: mentre il risultato facilmente e sicuramente si può ottenere seguendo il concetto generale, che guida il chirurgo, tutte le volte che è possibile, nella cura delle suppurazioni in genere. Tale concetto è perfettamente seguito con una grande semplicità mediante la incisione declive ed i risultati ottenuti mi hanno confermato la superiorità di tale mezzo di fronte al trattamento classico, non solo per la maggiore rapidità di guarigione, ma per la più rapida caduta della temperatura, per il più rapido miglioramento delle condizioni generali, per la maggior semplicità di cura (drenaggio tenuto pochissimi giorni: medicature rare, come avviene per tutte le raccolte, nelle quali il pus non ristagna).

Avevo creduto di essere stato il primo a praticare la tecnica dell'incisione declive ed anzi avevo scritto una nota sull'argomento, quando nella *Presse médicale* del 1917 apparve un articolo del dott. Chévrier, il quale dava come propria scoperta quella che invece chi sa quanto è antica: essa infatti, quasi con i particolari da me seguiti, è descritta nel *Traité de Thérapeutique chirurgicale et de Technique Opératoire* di Doyen.

Poichè dalla discussione l'anno scorso avvenuta alla Società Italiana di Chirurgia, da cui apparve la discordanza di vedute di molti chirurghi su questo argomento e poichè anche da qualche lavoro recente vedo che si insiste a proposito della questione dibattuta da secoli dell'incisione classica nell'operazione dell'empiema, ho creduto che non fosse fuori di opera ritornare brevemente sull'argomento, insistendo sulla semplicità e sulla superiorità della tecnica della incisione declive, convinto che tale modificazione alla operazione classica dell'empiema rappresenti un enorme progresso su di questa dal punto di vista della razionalità e dei risultati.

Date le condizioni scadute e le difficoltà respiratorie o cardiache, che di solito presentano questi malati, si opera, come è del resto uso comune, con anestesia locale per infiltrazione di novocaina o senza narcosi.

La posizione semiseduta ed obliqua sul fianco opposto è la più conveniente. Quella seduta col dorso rivolto all'operatore è meno comoda e non sempre sopportata dal paziente.

In posizione seduta deve essere praticata la puntura esplorativa preoperatoria. In empiemi non totali talora la puntura, che riesce positiva in tale posizione, riesce negativa, quando si fa decombere il paziente orizzontalmente o semiseduto o sul lato opposto, perchè il pus in tali posizioni si porta verso la doccia vertebrale o il mediastino o il seno costo-diaframmatico.

Il braccio dal lato malato è, come è ovvio, sollevato sia perchè non disturbi, sia perchè si allarghino gli spazi intercostali.

Si pratica una piccola incisione di 3-4 cm. sulla emiscapolare o sull'ascellare posteriore corrispondentemente alla 7ª od 8ª costa. Di solito non c'è bisogno di resezione costale: s'incide lo spazio intercostale quanto basta per introdurre l'indice sinistro. Si ha così elimi-

nazione di una certa quantità di pus e si determina con la lentezza voluta il pneumotorace, spingendo e ritirando il dito, che fa da tappo. Il dito si introduce poi all'interno verso la spina ed in basso verso il seno diaframmatico, fino a riconoscere il punto più declive, che di solito è paravertebrale nell'undecimo spazio. Sul dito o su di un klemmer semicurvo, che introdotto e spinto contro il punto più declive si sente all'esterno palpando, con la mano destra, si pratica una incisione lunga 7-8 cm. Se lo spazio è largo (come è di solito nell'adulto), se essa corrisponde proprio al seno costo-diaframmatico, si inciderà lo spazio per una lunghezza corrispondente all'incisione cutanea: altrimenti si resecherà la costa per il tratto corrispondente, che nelle condizioni speciali in cui si pratica (controllo dall'interno) riesce più facile che mai.

Il distacco del periostio posteriore riesce semplice aiutandosi col raschiatoio semicurvo o col raspino di Doyen, o con un ago di Dechamps, o con una spatola di Kocher, ecc.

Se si può fare a meno della resezione costale è preferibile: si evita sopratutto la possibile osteomielite dei monconi, che può notevolmente ritardare la cicatrizzazione della ferita.

Aperta ampiamente la breccia toracica quanto la ferita cutanea, data la declività, si vedono fuoriuscire, specialmente negli empiemi pneumococcici, degli ammassi fibrinosi, che per il loro peso si trovano nel cul di sacco costo-diaframmatico, e che con l'incisione alta solo tardivamente ed incompletamente sarebbero usciti e non avrebbero potuto essere eliminati che lentamente per proteolisi o avrebbero rappresentato la trama per una organizzazione connettivale.

Data la declività, è inutile mettere tubi. Basta un pezzo di garza tra le labbra della ferita, che la mantenga divaricata e mantenga allontanato il diaframma ben visibile.

Il malato viene posto a letto in posizione semiseduta: non ha alcun valore l'obbiezione teorica (Schiassi) che tale punto non riesca più declive, quando si mette semiseduto a letto il paziente nella stessa posizione in cui fu operato o tanto meglio se obliquo sul lato malato. La declività ottenuta con la tecnica sopra descritta non è del resto relativa alla posizione del paziente, ma *deve* essere assoluta rispetto alla cavità pleurica.

Basta l'ispezione, l'esplorazione digitale per assicurarsi in ogni momento che la declività è completa. Se non lo fosse, bisogna provvedere (allungando la ferita verso la colonna, resecando la costa, ecc.)

Data l'evacuazione parziale del pus già ottenuta con la piccola incisione alta, il diaframma e la parete hanno ormai assunto la posizione di riposo: la incisione superiore anche per questo è necessaria, oltre che per ottenere previamente con lentezza il pneumotorace e per stabilire il punto di massima declività, senza pericolo di penetrare nella regione lombare o nella cavità addominale, come è accaduto talora a chirurghi inesperti, per incisioni più basse di quella classica. Io credo che sia appunto per ovviare a tale pericolo che fu stabilita la incisione classica dell'empiema in una sede così irrazionale, come è quella comunemente consigliata.

I margini della piccola ferita superiore, che non complica la tecnica, o non aggrava l'intervento, rapidamente collabiscono e cicatrizzano.

La ferita inferiore si cicatrizza non appena cessa la secrezione. Non c'è da discutere se e quando si debbano togliere i tubi come nelle toracotomie classiche col dubbio o di lasciarli troppo a lungo o di rimuoverli troppo presto.

I risultati, che si ottengono con tale tecnica, sono, ripeto, infinitamente superiori al metodo classico a parità di condizioni locali (quantità dell'essudato, qualità dei germi, ecc.) e generali.

Non ho esperienza personale dei trattamenti con il pneumotorace, coll'aspirazione continua, ecc., e ciò perchè ho avuto ed ho la convinzione che anche nella cura delle suppurazioni pleuriche debbano essere seguiti i concetti, che sono fondamentali per la cura delle suppurazioni in genere: incisione precoce ed abolizione di ogni ristagno.

Su altri due punti soli di osservazione credo opportuno di insistere:

1° il chirurgo deve cercare sempre di stabilire la causa della suppurazione e non aprire gli empiemi tubercolari (ed anche quelli con associazione di altri germi al bacillo di Koch). In questi casi il trattamento più conveniente è l'evacuazione e l'iniezione di liquido di Calot o di sospensioni jodoformiche come negli ascessi freddi in genere;

2° il chirurgo non deve praticare il lavaggio (detto antisettico) della cavità, che oltre ad essere assolutamente illusorio dal punto di vista antisettico, è insufficiente ed inutile dal punto di vista detersivo, è dannoso perchè facilita la permanenza di fistole, perchè altera i poteri di difesa e specialmente ostacola il collabire delle pareti della cavità, ma sopratutto perchè determina si può dire quasi inevitabilmente infezioni miste per germi portati col liquido d'iniezione, data la difficilmente evitabile insufficienza di asepsi dei tubi, degli irrigatori, ecc., che si usano.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE SANTO SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
(Sala Lancisi: primario prof. L. FICACCI).

Encefalite letargica a sindrome parkinsoniana acuta con esito in guarigione

per il dott. TOMMASO LUCHERINI, assistente.

La frequenza delle sindromi parkinsoniane causate dalla infezione encefalitica, ha fissato l'attenzione degli studiosi, ed ha aperto la discussione sulla questione della evoluzione di queste sindromi e dei loro rapporti col morbo di Parkinson.

A questo proposito mi è sembrato utile riportare un interessante caso di encefalite epidemica, passato recentemente sotto la mia osservazione, il cui decorso costituisce un fatto non comune, e certamente vantaggioso allo studio nosografico ed alle acquisizioni cliniche della sindrome parkinsoniana provocata dall'encefalite.

CASO CLINICO. — Antenore B..., di anni 27, fornaio, nato a Ostia (Roma). Entra all'ospedale di S. Spirito, sala Lancisi, letto n. 3, il 7 maggio 1922.

Nulla di notevole nel gentilizio. Nega lues; contrasse blenorragia due anni or sono. Modico bevitore e fumatore. I genitori che l'accompagnano riferiscono che il paziente è malato da un mese e mezzo: nel primo tempo della malattia parlava continuamente, faceva discorsi sconnessi, si preoccupava del suo stato di salute, spesso manifestava idee suicide, aveva necessità continua di muoversi e di camminare su e giù per le camere della casa per ore intiere; aveva voglia di dormire senza riuscire a dormire. Affermano che in principio aveva anche frequenti e rapide contrazioni alla faccia, durate circa una settimana, più gravi all'inizio e poi sempre in decrescenza per intensità. Sembra che non abbia mai avuto febbre. E' stato osservato più volte da medici specialisti che hanno fatto diagnosi di istero-nevrastenia acuta.

Il fatto poi che ha colpito i genitori è che, in questi ultimi giorni che hanno preceduto la sua entrata all'ospedale, il quadro della malattia è nettamente e bruscamente cambiato: il paziente non è più in preda a quello stato di agitazione intensa dei primi giorni; è diventato molto taciturno, malinconico; contrariamente a quanto prima avveniva, compie ogni movimento con lentezza e torpore; cammina rigidamente, parla lento e con voce monotona e bassa.

Esame obbiettivo. — Stato di nutrizione assai scaduto. Colorito intensamente pallido della cute e mucose. Lingua patinosa, arida. Polso 104 al minuto, a pressione media. Temperatura 38.8. Negativo l'esame del torace, del cuore e degli organi addominali.

Quel che colpisce subito in questo malato è il suo speciale atteggiamento: Nella stazione eretta si nota: capo chino all'innanzi, tronco e braccio flesso, gomiti leggermente abdotti dal tronco, estrema lentezza dei movimenti attivi e passivi. Il viso ha l'aspetto di una maschera senza espressione alcuna, impassibile, statuaria, non modificabile sotto qualsiasi stimolo. Quando l'infermo parla a qualche persona vicina il volto è immobile, e la testa è come inchiodata verso l'innanzi. Parla lento, monotono con parola gemente, senza pausa, e con voce uniformemente bassa. Cammina con lentezza e rigidità, col capo flesso, il tronco e le gambe semiflesse; fa passi piccoli strisciando sulla punta dei piedi. L'ammalato ha lieve ptosi della palpebra superiore sinistra ed osservandolo lungamente si notano delle piccole e rare scosse cloniche dei muscoli del braccio e della coscia destra. Non ha tremori. I riflessi tendinei e periostei non sono aumentati; non clono del piede, non Babinsky, non Romberg. La sensibilità superficiale e profonda è conservata. Dermografismo accentuato. Sudorazione profusa.

Esame oftalmoscopico O. O. negativo.

Interrogato si lamenta di un senso di agitazione intensa che dice di non poter meglio definire; e di insonnia ostinata. Afferma che di notte gli sembra di sognare quantunque sia certo di non dormire. Racconta che gli parè di avere un dito della mano tagliato e che egli si sforza di riattaccarlo senza riuscirvi. (Questa speciale idea delirante lo tormenta spesso).

La puntura lombare praticata subito il giorno dopo il suo ingresso all'ospedale dà esito a liquido limpido, a pressione media.

Reazione di Nonne-Apelt positiva. Al rachialbuminometro di Sicard risultano 0.52 cgr. di albumina; non formazione di reticolo dopo 24 ore. Zucchero assente alla prova con il reattivo di Fehling. L'esame citologico fa rilevare abbondante quantità di linfociti. R. Wassermann del liquor negativa.

Wassermann del siero di sangue negativa.

All'esame delle urine risulta: albumina presente (0.30 ‰); zucchero assente; *fosfati eccedenti;* urea 12.50; al sedimento si notano cilindri ialini e granulosi; e granuli di fosfato tricalcico.

Nei giorni successivi si osserva ancora qualche rara contrazione dei muscoli del braccio destro. Ha sempre l'aspetto statuario, amimico della faccia. I movimenti della testa e degli arti sono sempre torpidi e rigidi. Insonnia continua malgrado la somministrazione di 0.50 di veronal. Il giorno 14 giugno accusa diplopia, senza che si riesca ad apprezzare deficit dei muscoli oculari. Continua a lamentarsi di un senso di smania e di agitazione interna che non sa descrivere con esattezza. Dice che non ha cinque minuti di riposo e di pace. Ha tendenza al catatonismo. La deambulazione si compie lentamente e rigidamente; e va nei giorni successivi assumendo con maggiore intensità i caratteri tipici dell'andatura e dell'atteggiamento parkinsoniano. Non tremori. La ptosi palpebrale sinistra, che aveva nei primi giorni di degenza, è andata a poco a poco scomparendo. Esame del sangue colorato con Giemsa: nulla di particolare a carico della serie rossa e bianca. Spesso aveva delle piccole elevazioni termiche (37.3; 37.5).

Non si praticano cure speciali. — Lentamente le condizioni generali del paziente vanno mi-

gliorando: dopo un mese di degenza si nota la scomparsa del colorito pallido; non ha più quel senso di smania da cui era tormentato; risponde con maggiore prontezza alle domande, ma la parola è ancora monotona. La rigidità muscolare tende a diminuire sensibilmente e progressivamente, per quanto il cammino del paziente ricordi ancora, ma in minor grado, la caratteristica andatura parkinsoniana. Non tremori; non esagerazione dei riflessi; non clono del piede, nè Babinsky.

Il 10 giugno viene praticata *una seconda puntura lombare* (a più di un mese di distanza dalla prima); e si nota che il «*liquor*» fuoriesce limpido, a getto sotto forte pressione. Reazione di Nonne positiva. Al rachialbuminometro risultano 0.45 cgr. di albumina; (non reticolo dopo 24 ore). Zucchero assente alla prova con il reattivo di Fehling.

Esame citologico negativo.

All'esame delle urine risulta assenza di albumina e zucchero; urea 11.51, fosfati eccedenti. Nulla di patologico all'esame microscopico.

Il 13 giugno l'ammalato esce notevolmente migliorato: persistono ancora lievi segni di rigidità muscolare.

Il 30 luglio (ad un mese e mezzo di distanza dalla sua uscita dall'ospedale) il paziente viene riosservato ed *è trovato completamente guarito*: non si nota più rigidità di alcun distretto muscolare; l'ammalato ha riacquistato l'andatura perfettamente normale; compie i movimenti con scioltezza ed agilità; la facies ha ripreso l'aspetto vivace che aveva prima della malattia; la parola non è più monotona e bassa; e l'insonnia e quel senso di smania da cui era prima tormentato sono del tutto scomparsi. *Alla fine di ottobre 1922* ritrovo il paziente sempre in ottime condizioni di salute senza disturbo alcuno.

Due periodi ben distinti caratterizzano la storia clinica di questo paziente: nel primo predominano fenomeni di eccitazione, nel secondo periodo il fenomeno fondamentale è la insorgenza acuta della sidrome parkinsoniana e la successiva guarigione completa.

È interessante porre in rilievo quei disturbi neuro-psichici, con cui si è aperto improvvisamente il quadro della malattia, la persistenza e la peculiarità dei quali hanno fatto pensare che si trattasse di un caso comune di sindrome istero-nevrastenica, tanto che fu praticata per un certo tempo la cura relativa.

Il sintomo poi più comune e più tipico dell'encefalite, ossia la sonnolenza è in questo caso sostituito dal sintomo opposto, più volte però descritto da vari autori, cioè dall'insonnia ostinata e ribelle.

Il quadro che insorse successivamente in modo acuto ed ha dominato il secondo periodo della malattia, e che poi è del tutto scomparso, rientra nella tipica sindrome parkinsoniana, e precisamente nella forma clinica della «*paralysis agitans sine agitatione*».

La rigidità muscolare, l'aspetto amimico della faccia, la parola monotona, bassa; l'andatura caratteristica, l'assenza dei tremori, della esagerazione dei riflessi tendinei, del clono dei piedi, del Babinsky, riscontrati nel nostro paziente, sono elementi sintomatologici costitutivi della sindrome parkinsoniana. Era anche caratteristico in questo malato l'apatia, la tendenza al catatonismo, il torpore fisico, contrastanti con una certa attività onirica, e con un senso di intensa agitazione psichica, e di smania interna.

La recente epidemia di encefalite ha dimostrato come questa malattia possa dar luogo a svariate sindromi nervose che ricordano più o meno da vicino il morbo di Parkinson.

Secondo, le ultime osservazioni (P. Marie Lévy, De Lisi), e secondo l'esperienza della clinica neuropatologica di Roma, la più frequente tra le sindromi parkinsoniane postencefalitiche è quella simile alla «*paralysis agitans sine agitatione*». Sui rapporti di tali sindromi causate dall'infezione encefalitica col quadro del classico morbo di Parkinson, nulla noi sappiamo di preciso.

Secondo le ultime vedute (Souques) si tende a negare al morbo di Parkinson il valore di una entità morbosa, per dargli quello di una sindrome comune a differenti cause che agiscano su una stessa regione cerebrale.

È noto, dopo gli studi dei coniugi Vogt, di Wilson e Ramsay Hunt, che il corpo striato è il centro dei movimenti automatici e del tono muscolare.

Si distinguono nel corpo striato due parti che hanno struttura e funzione differenti: *lo striato* che comprende il *nucleo caudato ed il putamen;* ed il *globus pallidus*. Le sindromi striate si distinguono le une dalle altre a seconda della sede e del grado delle lesioni anatomo-patologiche.

Secondo Hunt la sola lesione che possa determinare la sindrome parkinsoniana è rappresentata da una atrofia degenerativa progressiva dei neuroni del sistema pallidale. I coniugi Vogt si sono mostrati contrari a questa concezione e sono partigiani dell'origine striata del morbo di Parkinson. Invece Trétiakoff, in considerazione che il morbo di Parkinson è una malattia del tono muscolare ammise una lesione del *locus niger* che ne sarebbe, secondo lui e Marinesco, il centro regolatore; ed è a questa lesione generalmente predominante che converrebbe ricollegare il più sovente i disturbi del tono nell'encefalite letargica. Sono quindi, secondo Tretiakoff, le lesioni del *locus niger* quelle che caratterizzerebbero il morbo di Parkinson e che di conseguenza spiegherebbero i sintomi parkinsoniani dell'encefalite.

Varii AA., dopo la recente epidemia di encefalite, hanno voluto mettere in relazione la sindrome parkinsoniana postencefalitica con la stessa malattia di Parkinson.

Netter sostiene che, siccome il morbo di Parkinson è una forma inguaribile ad evoluzione progressiva, è precisamente il virus dell'encefalite epidemica, con i suoi caratteri di tenacità, che più di ogni altro deve essere sospettato come agente etiologico della classica sindrome parkinsoniana.

Ora che questa sindrome possa svilupparsi in seguito alla infezione encefalitica è oramai noto; ma ulteriori osservazioni ed indagini ci dovranno precisare la evoluzione di questa forma ed i suoi rapporti col classico morbo di Parkinson.

Il caso che io presento è assai importante perchè si distacca dal quadro comune per la rarità della evoluzione e dell'esito.

Infatti in questo paziente, dopo il primo periodo di eccitazione neuro-psichica, tutte le manifestazioni della sindrome parkinsoniana sono sorte, *mentre la malattia era in atto*, così bruscamente ed in maniera imponente da impressionare gli stessi famigliari. Ma quel che merita sopratutto di essere rilevato è la guarigione completa della sindrome parkinsoniana.

Nelle numerose osservazioni dei vari AA., il decorso di questa sindrome causata dall'encefalite risulta generalmente ad evoluzione progressiva, e solo raramente sono stati constatati casi con sindrome stazionaria, o caratterizzata da regressioni più o meno lunghe. Nel caso nostro invece tutte le manifestazioni della sindrome parkinsoniana non sono regredite, *ma sono in breve tempo nettamente e completamente scomparse*, e la guarigione si mantiene oramai da cinque mesi; e ciò forse perchè le lesioni microscopiche prodotte dal virus encefalitico nel nostro paziente si sono rapidamente riparate senza lasciare alterazioni alcune in quelle determinate zone cerebrali, le cui lesioni sono ordinariamente produttrici di sindromi parkinsoniane ad andamento cronico e progressivo.

A conforto di questa mia comunicazione posso citare un caso offertomi gentilmente dall'illustre prof. Mingazzini, direttore della Clinica Neuropatologica di Roma, il quale caso presentò da parecchi punti di vista una sintomatologia ed un esito simile a quello da me descritto.

Trattavasi di un giovane medico, che dopo un breve periodo ipercinetico, era caduto in uno stato di evidente parkinsonismo: facies rigida, senza espressione, mimica stereotipa, ipertonia degli arti, associata a lievi tremori, andatura piuttosto lenta, rallentamento di tutti i processi ideativi e volitivi.

Fu sottoposto ad una cura iodo-fosforata con pochissima speranza di guarigione. Dopo tre mesi dalla cura, alla quale il prof. Mingazzini non attribuisce alcun merito, i disturbi sia somatici che psichici migliorarono notevolmente, tanto che il paziente potette più tardi riprendere le sue consuete attività professionali.

Sono questi due casi che recano un notevole contributo alla dibattuta questione; ed ulteriori osservazioni confortate dalle eventuali indagini anatomo-patologiche potranno portare elementi decisivi allo studio del parkinsonismo da encefalite epidemica.

BIBLIOGRAFIA.

ACHARD. *L'encéphalite léthargique.* Baillière et fils, Paris, 1921.

ABRUZZETTI. *Sindrome cronica dell'encefalite letargica e parkinsonismo striopallidale.* Comunicazione all'Ospedale Civile di Venezia, 3 aprile 1921.

ARTOM. *Le sindromi anatomo-cliniche del corpo striato.* Policlinico, Sezione medica, 1 gennaio 1922.

BARRÉ J. A. ET REYS. *Le syndrome parkinsonien post-encéphalique.* Bull. méd., 27 aprile 1921, p. 351.

BIGNAMI A. Riv. ospedaliera, 15 e 30 novembre 1920.

CLAUDE H. *Syndrome strio-pallidale à étapes successives et à rechute dans l'encéphalite épidémique.* Soc. de neurol., 3 marzo 1921. Rev. neurolog., 1921, fas. 3.

DE LISI. *Sul parkinsonismo da encefalite epidemica.* Policlinico, Sez. medica, fasc. 11-12, 1 novembre-1 dicembre 1921.

ECONOMO. *L'encefalite letargica.* Policlinico, Sezione medica, 1 marzo-1 aprile 1920, fasc. 3-4.

ERNST. *Contrib. à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique.* Thèse de Paris, 1921.

LHERMITTE ET CORNIL. *Syndrome parkinsonien paraissant à début brusque. Origine encéphalitique probable.* Rev. neurolog. 1921, pagina 185.

MARIE (PIERRE) et LÉVY. *Le syndrome parkinsonien dans l'encéphalite léthargique.* Bull. de l'Acad. de méd., 15 giugno 1920.

MEDEA. *L'encefalite epidemica e la malattia di Parkinson.* Atti della Società Lombarda di scienze mediche e biologiche, 1920, fasc. 5-6.

MINGAZZINI. *Klinischer und anatomopathologischer Beitrag zum Studium der Encephalitis epidemica.* Zeitsch f. die ges. Neurol. und. Psych., Bd. LXIII, 1921.

NETTER A. *Les rélations entre l'encéphalite léthargique et la maladie de Parkinson.* Réun. neurolog. ann., juin 1921. Rev. neurolog, 1921, p. 573.

ROUBIER ET RICHARD. *Syndrome parkinsonien au cours d'une encéphalite létargique.* Bull. de la Soc. des hôpit, de Lyon, 20 aprile 1920, pag. 90.

SICARD ET PARAF. *Parkinsonisme et Parkinson, reliquats d'encéphalite épidémique.* Revue Neurol. 1920, fas. 5.

SOUQUES. *Des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite létargique ou épidémique.* Soc. de neurolog, 3 febbraio 1921, Rev. neurolog., 1921, pag. 178.

TRÉTIAKOFF. *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du «locus niger» de Sömmering avec quelques déductions relatives à la pathogénie des troubles du tonus musculaire et de la maladie de Parkinson.* Thèse de Paris, 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

INFERMERIA PRESIDIARIA DI AQUILA.

Contributo clinico-statistico sulle rachianestesie ed anestesie locali praticate presso l'Infermeria presidiaria di Aquila

per il dott. GINO CIAPRINI, capitano medico, direttore.

Da qualche tempo alcuni chirurghi mostrano una certa avversione alla rachianestesia in considerazione di possibili fenomeni spiacevoli da essa prodotti (paralisi, cefalee di lunga durata) e di molti insuccessi avuti negli ultimi tempi con casi di collasso e di morte. Anzi riportano delle statistiche di mortalità veramente impressionanti (1: 479 secondo Franz, 1:550 secondo Mayer), sicchè specialmente i tedeschi, che per primi l'adottarono (Bier), vorrebbero ridurre l'uso dell'anestesia lombare solo all'1 % dei casi da operare, estendendo sempre più quello dell'anestesia locale.

Dalla mia modesta esperienza posso dedurre che il timore dei pericoli della rachianestesia, se non ingiustificato, è molto esagerato, poichè l'alta percentuale di mortalità, riportata dalle statistiche straniere, non si ha nei nostri ospedali civili e militari, dove il metodo è largamente adottato; e se qualche caso di morte si verifica esso deve rientrare in quelli che disgraziatamente si possono sempre avere nella narcosi e specialmente con la cloronarcosi, oppure è dovuto ad eventuali alterazioni della soluzione anestetica o ai tentativi di fare la puntura più in alto della regione lombare per estendere la zona di anestesia.

Certo l'uso dell'anestesia locale non è da trascurare, ma anche essa ha limiti che non si possono oltrepassare e che la rendono utile in alcuni casi, insufficiente in altri.

Sull'argomento credo utile un breve riassunto clinico-statistico delle anestesie locali e spinali da me praticate nell'Infermeria Presidiaria di Aquila e nella pratica privata; nulla di speciale in esso, ma solo un altro piccolo contributo alla pratica giornaliera delle due anestesie, che, opportunamente adoperate, possono sempre dare utili risultati.

La statistica comprende 286 rachianestesie e 105 anestesie locali per interventi di una certa importanza, senza contare cioè i numerosi piccoli interventi superficiali (ascessi, flemmoni, unghie incarnate, paterecci, cisti e tumori cutanei e sottocutanei), per i quali, come di regola, si è sempre usata l'anestesia locale.

Rachianestesia. — Delle sostanze usate per la rachianestesia (cocaina, tropacocaina, stovaina, novocaina, miscela di stovaina e novocaina) sono state adoperate solo la stovaina (284 anestesie) e la novocaina (2 anestesie) e della stovaina la soluzione al 10 % acidificata con acido lattico, poichè quella pura all'8 %, essendosi mostrata inefficace perchè di antica data, fu abbandonata.

Le 286 rachianestesie furono eseguite: 276 in militari dai 20 ai 40 anni; 10 in borghesi dai 18 ai 60 anni, nelle seguenti operazioni:

Ernie inguinali	157
Retto ed ano	25
Organi genito-urinari maschili (varicoceli, idroceli, fimosi, ecc.)	87
Arti inferiori	15
Pareti addominali	2
	286

con cg. 10 di stovaina 10 % acidificata	132
» » 5 » » 10 % »	152
» » 5 » novocaina 1 %	1
» » 10 » » 1 %	1

Quelle novocainiche furono negative; di quelle stovainiche si ebbero:

positive	257
negative sempre	1
negative e rinnovate subito	26
insufficienti	—

La durata della anestesia fu sempre di ore 1½-2.

Effetti immediati e conseguenze della rachianestesia stovainica (soluz. 10 %).

Fenomeni immediati:

	con cg. 10=132	con cg. 5=152
Nessun disturbo	87	144
Pallore, vomito, sudore freddo, angoscia	45	8
Collasso, arresto momentaneo del respiro	—	—
Morte	—	—

Fenomeni consecutivi, transitori:

Febbre alta (oltre i 38.5)	39	—
» modica (tra 37.5 e 38.5)	71	5
» lieve (sotto i 37.5)	22	21
Cefalea transitoria	130	26
» duratura	2	—
Vomito	14	—
Rachialgia transitoria	6	—
Ritenzione d'urina	11	—
Meteorismo	11	—

Fenomeni tardivi:

Rachialgia transitoria	5	—
Paralisi transitoria degli arti inferiori	2	—

Effetti immediati e fenomeni consecutivi della rachianestesia novocainica (soluz. 1 %).

Fenomeni immediati . . . . —

Fenomeni consecutivi immediati:

Febbre alta (oltre 39°)	2
Vomito	1
Delirio	1
Cefalea	2
Aritmia cardiaca	1

Fenomeni consecutivi tardivi . . . . . —

OSSERVAZIONI.

Su 284 rachistovainizzazioni 257 sono state immediatamente positive; 1 fu negativa, perchè non fu possibile in alcun modo di penetrare nel canale rachideo e si dovette ricorrere alla cloro-narcosi; una fu ripetuta per ripetizione di intervento a distanza di due mesi e fu sempre positiva senza disturbi di sorta; 26 furono negative alla prima puntura, che fu rinnovata, seduta stante, con esito positivo. L'insuccesso della prima puntura non fu provocato da errori di tecnica, poichè in tutti i casi l'ago era penetrato bene nel canale e il liquido cerebro-spinale defluiva abbondante e limpido, ma ad alterazione del preparato. Infatti, dopo avere atteso invano fino a 30' fu ripetuta la puntura cambiando fialette e si ebbe risultato nettamente positivo. Essendosi il fatto verificato più volte con un certo numero di fialette, queste furono separate dalle altre e inviate alla Farmacia Centrale Militare, dove, sottoposte ad accurata e complessa analisi chimica, risultò che la stovaina aveva subìto un processo di idrolisi, che l'aveva resa inefficace pur conservandosi la soluzione della limpidezza normale. Eliminate dall'uso le fiale alterate l'inconveniente non si rinnovò più quantunque la ripetizione della puntura nella stessa seduta non avesse mai dato particolari segni di disturbo.

Di rachianestesie con novocaina (soluz. 1 %) si hanno solo due casi: in uno, da operare di varicocele sinistro, furono iniettati cgr. 5 di soluzione e si ebbe risultato negativo, sicchè l'operazione fu eseguita con l'anestesia locale, iniettando altri 5 cgr. della stessa soluzione; nell'altro, per la stessa operazione, fu aumentata la dose a cgr. 10 con lo stesso esito e con lo stesso ripiego. Ma impressionanti soprattutto furono i fenomeni consecutivi. Il primo ebbe per due giorni febbre a 40° e vomito e per 5 cefalea intensa; il secondo, la sera stessa dell'operazione ebbe febbre a 40°, vomito, delirio, dispnea e aritmia cardiaca e ancora per tre giorni febbre alta e cefalea. Poi i disturbi scomparvero senza lasciare traccia: le ferite operatorie guarirono regolarmente in 8ª giornata.

I fenomeni imponenti constatati e la mancanza di altre soluzioni di novocaina indussero a non ritentare la prova; quindi l'esperienza si ridusse a soli due casi, da cui non possono certamente trarsi delle conclusioni. Solo si è cercato di spiegarsi la ragione dei fenomeni tossici constatati: la novocaina non era alterata, perchè la stessa, usata sottocute, fu efficace negli stessi individui; la dose complessivamente iniettata non poteva essere tossica, perchè il primo ebbe, tra rachianestesia e anestesia locale, 10 cgr. di novocaina e il secondo 15: la pressione del liquido cefalo-rachidiano non poteva essere aumentata, poichè si ebbe cura, come sempre, di far defluire liquido in quantità uguale a quello da iniettare. Poichè però fu adoperata la soluzione 1 % in fiale da cc. 5 ciascuna, i fenomeni possono spiegarsi con la notevole quantità di liquido eterogeneo immesso nel rachide, il che conferma l'esperienza che l'anestetico deve essere sciolto in poco liquido eterogeneo e diluito invece, durante la puntura, con quello cefalo-rachidiano. In seguito infatti ho visto praticare da altri la rachianestesia con novocaina e adrenalina cgr. 8 in 1 cc. di soluzione con risultato positivo e con un minimo di fenomeni tossici.

Fenomeni consecutivi alla rachistovainizzazione.

a) Nelle rachianestesie con stovaina non si è avuto nessun caso di collasso, di sincope respiratoria e di morte; frequenti invece quelli di pallore, sudore freddo, angoscia, vomito, rallentamento e piccolezza del polso, risoluti subito con qualche iniezione di caffeina o di canfora. Non si è mai avuto il bisogno di ricorrere alla iniezione intrarachidea di caffeina eseguendo, in decubito laterale, una nuo-

va puntura lombare per far defluire l'anestetico (se la pressione lo consente) e iniettando cgr. 20 di caffeina; questo metodo, vantato da alcuni per i suoi mirabili risultati, credo debba adoperarsi solo nei casi di fenomeni immediati molto gravi.

b) Dei *fenomeni consecutivi transitori* comunemente noti si sono avuti: la febbre, durata in genere due giorni ed elevata fino a 39° secondo la quantità di anestetico, le cefalee transitorie lievi e forti, le rachialgie, il meteorismo, la ritenzione di urina, tutti fenomeni ben conosciuti nella loro causa, per cui è inutile dilungarsi nella spiegazione di essi.

Solo per la ritenzione di urina è da notare che fu relativamente rara (11 casi su 286), mai nelle punture con 5 cgr. di stovaina, e in individui molto eccitabili, nevrastenici o che già sapevano, per precedenti atti operativi subiti o per informazioni avute da compagni, del possibile inconveniente della ritenzione. Essi infatti già poche ore dopo l'operazione gridavano di non potere urinare.

Non si è mai permesso il cateterismo prima di 24 ore ed è sempre avvenuto che i degenti, persuasi della inutilità delle loro richieste, hanno urinato spontaneamente. La ritenzione non è frequente, è dovuta in molti casi all'azione dell'anestetico o a conseguenze dell'atto operativo, ma in molti altri alla impressionabilità e alle preoccupazioni dell'ammalato, che, se è cateterizzato precocemente, si abitua facilmente al catetere e per molto tempo evita la minzione volontaria.

c) *I fenomeni tardivi* che per molti autori rappresentano i fatti più gravi, possibili a verificarsi anche dopo 1 mese-1 mese e mezzo dopo la rachianestesia (paresi, paralisi, incontinenza di feci e di urina, cefalee, rachialgie), si sono avuti in 7 casi, di cui 5 con rachialgie transitorie e 2 con paraplegia transitoria degli arti inferiori.

Riporto le storie cliniche di questi due:

OSSERVAZIONE I. — Ponzinibio Stefano, soldato 13° fant., classe 1901, da Broni, distretto Voghera, è ricoverato il 20 febbraio 1921 per sottoporsi ad operazione di ernia inguinale destra allo stato di bubonocele.

24 febbraio. — Operazione (capitano Ciaprini, assist. dott. Properzi). Rachianestesia stovainica positiva (cgr. 10 di sol. stovainica 10 % acidificata). Operazione radicale alla Bassini, nessun inconveniente.

25 febbraio. — Temp. 37-37.8. Decorso post-operatorio normale. Cessata l'azione della stovaina dopo 2 ore, è tornata la motilità degli arti inferiori.

5 marzo: 8ª giornata. — Si tolgono i punti di sutura, guarigione per prima intenzione.

10 marzo. — L'infermo accusa debolezza e torpore agli arti inferiori, che può muovere a stento.

12 marzo. — Paralisi di moto e di senso degli arti inferiori. Minzione e defecazione regolari.

13 marzo. — L'infermo si sforza di muovere gli arti inferiori paralizzati e riesce solo a contrarre debolmente i muscoli estensori, mentre i flessori restano flaccidi. Esagerazione dei riflessi. Babinski positivo. Abolizione della sensibilità tattile, muscolare, stereognostica.

La ferita operatoria è ben cicatrizzata.

Esame delle urine negativo.

La paralisi non migliora nè con massaggi, nè con applicazioni elettriche nè con cure ricostituenti.

8 aprile. — Dopo un mese circa, il degente comincia a sentire e a muovere il piede sinistro, mentre il resto dell'arto e il destro restano paralitici.

12 aprile. — Tutto l'arto sinistro ha riacquistato gradatamente motilità e sensibilità.

15 aprile. — Comincia a muovere il piede destro.

19 aprile. — L'arto destro è mobile e sensibile, sebbene molto debole.

21 aprile. — Ogni traccia di disturbi di moto e di senso è scomparsa.

22 aprile. — Il degente si alza e cammina regolarmente.

25 aprile. — Esce guarito con tre mesi di licenza di convalescenza.

Terminata la licenza il militare tornò al reggimento e compì la sua ferma: non accusava disturbi di sorta, neppure indebolimento degli arti inferiori.

OSSERVAZIONE II. — Molesini Sanzio, caporale magg. 77° fant., da Borgo S. Donnino (Parma) è ricoverato il 7 aprile 1921 per sottoporsi ad operazione di ernia inguinale sinistra (bubonocele).

12 aprile. — Rachianestesia stovainica positiva (cgr. 10 di soluz. 10 % acidificata). Operazione radicale alla Bassini (cap. Ciaprini, assist. dott. Properzi). Nessun incidente.

13 aprile. — Temp. 37.5; nessun disturbo.

14 aprile. — Afebbrile.

20 aprile. — Si tolgono i punti di sutura. Guarigione per primam.

2 maggio. — Dopo 20 giorni, senza ragioni apprezzabili, il degente non può movere l'arto inferiore destro, che è insensibile, mentre quello sinistro è indebolito.

3 maggio. — Il tipo di paralisi è simile a quello del caso precedente, ma più attenuato.

10 maggio. — L'arto sinistro è tornato normale. A destra cominciano movimenti della coscia, mentre la gamba e il piede restano immobili.

21 maggio. — Si rileva solo paresi del piede destro.

3 giugno. — Le condizioni di motilità e sensibilità degli arti sono tornate normali.

6 giugno. — Esce guarito con tre mesi di licenza di convalescenza.

Rivisto dopo la licenza, asseriva di sentirsi perfettamente bene. I due operati su ricordati non avevano tare ereditarie, nè malattie in atto (sifilide, tubercolosi, alcoolismo, ecc.);

quindi i fenomeni paralitici non possono spiegarsi che con l'azione dell'anestetico sul midollo, azione transitoria che, con dose minore, si sarebbe forse del tutto evitata.

I disturbi sopradescritti, come rilevasi dalla statistica, sono stati frequenti per numero e qualità nelle rachianestesie con 10 cgr. di stovaina, mentre rari e quasi nulli sono stati in quelle con 5 cgr.

Ciò perchè si cercò di diminuire la dose dell'anestetico pur ottenendo lo stesso effetto; ed infatti iniettando 5 cgr. di stovaina si è sempre ottenuta l'anestesia completa, con la stessa rapidità e della stessa durata che con dose maggiore, tanto da poter operare ernie bilaterali o recidive talora indaginose, senza bisogno di ricorrere alla cloronarcosi e col vantaggio immenso di evitare tutti i disturbi concomitanti o consecutivi, immediati o tardivi, transitori o permanenti. Solo che, data la piccola quantità di stovaina, occorre essere precisi in alcune modalità di tecnica, senza le quali si corre il rischio di avere anestesia nulla o insufficiente. In primo luogo gli aghi e la siringa debbono essere bolliti in acqua semplice e non in soluzione di carbonato di soda e ben lavati con la stessa acqua prima dell'uso; in tal modo si evita che la stovaina in presenza di residui di carbonato di soda, o di alcool, o di soluzione fenica (se si usano queste sostanze) diventi lattescente e quindi inefficace. Poi è necessario che l'ago penetri bene nel canale rachideo e di ciò si ha la prova quando il liquido defluisce bene e, aspirato con la siringa, la riempie facilmente senza che si incontri resistenza; a volte il liquido gocciola a stento perchè la pressione è bassa, ma molte volte il fatto è dovuto ad imperfetta penetrazione dell'ago nella dura, ch'è punta tangenzialmente o incompletamente, in modo che, iniettando la soluzione, l'anestetico si spande in parte all'esterno del sacco durale e perde in parte la sua potenza non venendo tutto a contatto del midollo. Assicurata la perfetta penetrazione dell'ago e la fuoriuscita di liquido in quantità alquanto maggiore di quella da iniettare, si innesta la siringa contenente 1/2 cmc. di soluzione anestetica, si riempie aspirando il liquido cefalo-rachidiano e si inietta lentamente la mescolanza senza vuotare però completamente la siringa; si ripetono l'aspirazione e la parziale iniezione 5-6 volte in modo che la stovaina si diluisca bene nel liquido e solo allora si inietta tutta la soluzione, togliendo poi l'ago.

L'anestesia sopraggiunge in genere rapidamente, talvolta tarda 10-15 minuti. Il paziente si fa distendere sul letto operatorio tenendolo, per quanto è possibile, a testa e spalle alzate; si evitano così i fenomeni immediati (vomito, sudore, rallentamento del polso), che fanno ritardare l'atto operativo.

In tutte le rachianestesie non si sono constatate lesioni renali; in tutti i casi con disturbi di qualche entità, è stata praticata l'analisi dell'urina con risultati negativi o con qualche traccia di albumina, subito scomparsa col cessare dei sintomi. Questo sarebbe d'accordo con l'opinione di quegli autori che sostengono che l'anestesia spinale non apporta lesioni renali o epatiche o per lo meno ne determina di lievissime, come dagli studi clinici e sperimentali eseguiti nella clinica chirurgica di Roma nel 1920; sicchè la rachianestesia può essere applicata con minor pericolo della narcosi generale a pazienti affetti da lesioni renali o epatiche.

ANESTESIA LOCALE.

L'anestesia locale, generalmente usata nei piccoli interventi superficiali, si vuol rendere di pratica comune anche per operazioni d'importanza specialmente dagli oppositori della rachianestesia e dopo che la cocaina, prima usata da Reclus e necessariamente limitata per la sua alta tossicità, si è potuta sostituire con sostanze meno tossiche e di pari efficacia, soprattutto con la novocaina.

Ma, come la rachianestesia, l'anestesia locale ha i suoi limiti, i suoi vantaggi e i suoi svantaggi.

Il limite principale è dato dalla quantità di anestetico, che si può iniettare senza produrre intossicazioni. Per quanto la novocaina possa essere poco tossica, non può essere iniettata oltre una certa quantità, con cui naturalmente è in rapporto l'estensione e la durata dell'anestesia.

Sicchè non è consigliabile l'anestesia locale se la regione da anestetizzare è troppo vasta e quindi richiede troppo anestetico o se l'intervento è di durata e di estensione che non si possono prevedere prima di iniziarlo.

Degli inconvenienti dell'anestesia locale sono citati:

1) quello di lasciare integra la coscienza del malato e libertà di movimento, per cui individui nevropatici, eccitabili, pusillanimi possono disturbare la regolarità dell'operazione con movimenti, agitazione, grida;

2) quello di non abolire alcuni riflessi molesti e spesso pericolosi come negli interventi sul diaframma, polmoni, bronchi, mesenterio o in vicinanza del vago e del simpatico;

3) quello che l'anestetico infiltra troppo i tessuti e ne diminuisce la nutrizione e la resistenza alle infezioni;

4) quello che l'anestetico può penetrare in un vaso sanguigno ed essere assorbito rapidamente con gravi fenomeni tossici.

I primi due inconvenienti sono senza dubbio quelli da tenere nel maggior conto per i limiti dell'anestesia locale, la quale del resto non è detto che debba e possa estendersi a tutte le operazioni; così non si praticherà in quelle, nelle quali la permanenza di alcuni riflessi può essere pericolosa, mentre può farsi benissimo nei pusillanimi o nei nevropatici trattandoli con una iniezione di morfina 1/2 ora prima dell'intervento, tanto più che questi individui in genere temono maggiormente la cloronarcosi o la puntura lombare.

Meno preoccupanti sono invece gli altri due inconvenienti: l'infiltrazione dei tessuti non è molta, sparisce subito e non dà luogo a suppurazione, se l'iniezione è fatta con le dovute regole asettiche e con liquido rigorosamente sterile; se la suppurazione fosse facilitata gli insuccessi dovrebbero essere numerosi, mentre invece sono rarissimi e non differiscono in nulla da quelli che si possono avere con altri metodi di anestesia e per altri motivi.

Alterazioni dei tessuti si possono avere, ma ciò dipende dalla qualità dell'anestetico; la stovaina con estrema facilità produce vaste necrosi dei tessuti che infiltra, ma questo inconveniente è scomparso con l'adozione della novocaina, meno tossica, meno necrotizzante ed efficace quanto la stovaina.

Il meno preoccupante poi è il pericolo di intossicazione acuta per penetrazione dell'anestetico direttamente in un vaso sanguigno, perchè per evitarlo basta infiggere nei tessuti il solo ago prima di innestarvi la siringa; se non esce sangue spontaneamente oppure aspirando con la siringa vuol dire che l'ago non pesca in un vaso e quindi il liquido potrà iniettarsi senza pericolo; inoltre, per evitare che l'inconveniente possa avverarsi durante la iniezione, l'ago molto lungo si infigge per tutta la sua lunghezza e si ritira gradatamente mentre si inietta il liquido, che infiltrerà quindi i tessuti senza timore che venga ferito qualche vaso. A diminuire inoltre il rapido assorbimento della novocaina, si è adottato il sistema di aggiungervi l'adrenalina che, con la sua azione vaso-costrittrice, mentre rallenta il riassorbimento dell'anestetico, prolunga ed aumenta l'effetto di esso appunto tenendolo a più lungo contatto coi tessuti.

A questi svantaggi, di facile eliminazione, si contrappone il grande vantaggio di poter eseguire senza pericolo e senza preoccupazione interventi operativi in individui nei quali non è possibile la narcosi generale per lesioni cardio-epato-renali, per infiammazioni acute o croniche delle vie respiratorie, per età avanzata, per forte indebolimento dell'organismo a causa d'infezioni generali in atto; ed anche la possibilità di sostituire la rachianestesia in molte operazioni chirurgiche, con uguale successo ed evitando anche la più lontana eventualità dei pericoli di essa.

Per questo l'anestesia locale è stata provata anche in questa Infermeria nel primo semestre del corrente anno; sono state praticate 105 anestesie locali, oltre naturalmente i piccoli interventi già ricordati.

Le 105 anestesie locali sono state eseguite:

con cocaina	5
con stovaina	12
con novocaina	88

Quelle con cocaina furono fatte per pennellatura della mucosa con soluzione 1 % in 5 tonsillectomie. Non hanno importanza. Quelle con stovaina in:

fimosi congenite	6
fistole anali	1
cisti dermoidi	2
estrazioni di proiettili	2
Mastite	1

Fu presto abbandonata la stovaina per le facili necrosi dei tessuti. Quelle con novocaina (88) furono praticate in:

Ernie inguinali	44
Varicoceli	25
Idroceli	1
Fimosi	3
Emorroidi	2
Resezioni costali	2
Linfadeniti cervicali croniche	2
Lipomi	1
Igroma mano destra	1
Disarticolazione dita	2
	88

Con la novocaina si sono avuti risultati molto soddisfacenti sia come effetto anestetico, sia come atossicità, sia come guarigione delle ferite, che, nelle operazioni senza preesistente flogosi, è avvenuta sempre per prima intenzione.

È stata adoperata nelle soluzioni al 4-2-1 % riducendo la concentrazione a mano a mano che si sperimentava che gli effetti anestetici erano identici con dosi più deboli: si è usata la novocaina semplice o con adrenalina, con-

statando che con questa l'effetto anestetico era più completo: e le quantità iniettate sono state da 5 cgr. fino ad un massimo di 40 senza fenomeni tossici immediati o consecutivi, tranne qualche caso di febbre lieve (massimo 37.8) durata un sol giorno. Una sola volta furono constatati fatti tossici in un borghese operato di ernia inguino-scrotale destra: furono iniettati cgr. 40 di novocaina in soluzione 4 % ai fresco preparata da un farmacista locale; l'effetto anestetico fu molto dubbio, mentre successivamente l'infermo ebbe per 4 giorni febbre fino a 40.4, tendenza al vomito, congestione, cefalea. La ferita però guarì per primam.

La soluzione fu senz'altro abbandonata e sostituita, con ottimi risultati, da quella in fialette al 2 % con adrenalina preparata dalla Farmacia dell'Ospedale Mauriziano di Torino. È probabile che nella sterilizzazione della soluzione non siano state seguite le regole prescritte e siano stati raggiunti i 100° con conseguente scissione della novocaina e annullamento del potere anestetico. Questo prova che bisogna essere molto sicuri delle soluzioni, che si vogliono adoperare.

L'anestesia locale ha risposto molto bene nelle operazioni di ernie, varicoceli, idroceli, nelle toracotomie, nelle piccole disarticolazioni, negli interventi sulle pareti addominali. Non si ha esperienza per quelle sul cranio, sulla faccia, sui reni, in cui da alcuni è vantata l'anestesia locale. Risponde nelle fistole anali e nelle emorroidi; però, siccome manca il rilasciamento dello sfintere, l'ammalato, pur non sentendo dolore, contrae il muscolo perchè conserva la sensibilità tattile, e disturba il rapido e regolare andamento dell'operazione.

Per questo motivo, quando non si oppongono ragioni serie, è preferibile per l'ano la rachianestesia, come pure per le ernie bilaterali, che con l'anestesia locale, o dovrebbero operarsi in due sedute oppure iniettando nella stessa seduta una quantità doppia di novocaina, il che può non essere scevro di serii inconvenienti.

Alcuni autori sostengono l'utilità dell'anestesia locale anche per le operazioni sugli organi addominali, perchè questi sono insensibili e basta quindi giungervi anestetizzando le pareti. Ciò, senza dubbio, è vero, ma i risultati non debbono essere molto pratici a causa della coscienza integra dell'ammalato, il quale, nel sentire le manovre che si compiono nel suo addome, è portato istintivamente a contrarre i muscoli determinando la fuoriuscita dell'omento e dell'intestino con notevole disturbo del chirurgo. Mi è accaduto appunto questo in due casi di appendicectomia, nei quali ho dovuto aggiungere la cloronarcosi; però questa è stata facile e rapida e gli ammalati, una volta addormentati, hanno continuato a dormire tranquillamente per tutto il resto dell'intervento senza più inalare cloroformio.

CONCLUSIONI.

Dalla modesta esperienza sopra esposta credo si possa concludere:

1) La rachianestesia non deve essere bandita, nè ridotta ai minimi termini come vorrebbero alcuni, essa anzi per la sua efficacia e per la sua innocuità sui reni e sul fegato deve tenere il campo quando nè la cloronarcosi può praticarsi, nè l'anestesia locale può essere utile;

2) I pericoli, gli insuccessi e gli inconvenienti dipendono dalla dose e dal titolo del preparato, dalla purezza e stabilità di esso e dalla regione in cui si pratica la puntura.

L'immensa esperienza che a tutt'oggi si è fatta su ciò, permette di evitare ogni timore usando in minima dose, ben diluiti nel liquido cefalo-rachidiano, preparati sicuri e poco tossici, quali la stovaina, la miscela di stovaina e novocaina e quella di novocaina e adrenalina. Occorre inoltre che la rachianestesia sia riportata alla sua vera origine (puntura alla 4ª o 3ª lombare) per le operazioni sottombelicali.

3) L'anestesia locale con novocaina e adrenalina deve essere tenuta nel debito conto, specialmente quando sono controindicate la narcosi generale e la rachianestesia.

Quando può praticarsi, essa è priva di pericoli e di inconvenienti.

Ha però limiti che non si possono oltrepassare e che sono dati: dalla quantità massima di anestetico, che si può adoperare; dalla regione, su cui si deve intervenire; dallo stato psichico dell'ammalato e dalla incertezza della durata ed estensione della operazione chirurgica.

Aquila, agosto 1922.

BIBLIOGRAFIA.

MONOD e VANVERTS. *Trattato di medicina operatoria.*

DURANTE e LEOTTA. *Trattato di medicina operatoria.*

WULSTEIN e WILMS. *Trattato di chirurgia.*

CACCIA e PENNISI. *La rachianestesia nella Clinica chirurgica e Ospedali civili e militari di Roma.*

ALESSANDRI. Atti della Società Italiana di Chirurgia, 1906.

DI PACE. Policlinico, Sezione Chirurgica, 1922, fasc. 6. — Policlinico, Sezione pratica, 1914, fasc. 7; 1915, fasc. 13; 1918, fasc. 44; 1920, fasc. 17-38; 1921, fasc. 10-41; 1922, fasc. 9-27 e 31-35.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La polineurite.

(W. HARRIS. *The Lancet*, 21 ottobre 1922).

La classificazione delle polineuriti basata sull'elemento etiologico è più pratica di quella che si basa sugli elementi anatomo-patologici o clinici. Al riguardo si distinguono quattro gruppi di polineuriti: tossiche, autotossiche, infettive e cachettiche

I veleni capaci di provocare la polineurite sono: piombo, arsenico, antimonio, mercurio, argento, rame, fosforo, alcool, solfuro di carbonio, ossido di carbonio, dinitrobenzolo, cloralio, cloretone, anilina.

Le polineuriti autotossiche sono: diabetiche, beriberiche, puerperali, leucemiche, ricorrenti, croniche, ematoporfinuriche.

Le polineuriti infettive sono: difteriche, tifose, paratifose, scarlattinose, morbillose, vaiuolose, pneumoniche, influenzali, gonorroiche, setticemiche, reumatiche, parotitiche, malariche, sifilitiche, tubercolari, nonchè la polineurite acuta febbrile.

Le polineuriti cachettiche si verificano nelle anemie croniche, nella cancerosi, nella vecchiaia, nella sifilide e nella tubercolosi negli stadi avanzati.

In questo articolo l'A. tratta delle forme di polineurite più rare e la cui etiologia è di più difficile riconoscimento.

La polineurite da avvelenamento d'argento è rarissima. Gowers ne ha descritto un caso verificatosi in un individuo affetto da dispepsia ed al quale fu consigliato una cura di pillole contenenti un sale d'argento, che egli, avendone ricavato giovamento, continuò a prendere per lungo tempo. La forma clinica non ha nulla di caratteristico.

Meno rare, ma neppur comuni sono le polineuriti da solfuro e da ossido di carbonio. Quest'ultimo veleno più che acutamente in una sola volta agisce lentamente negli individui costretti a respirarlo a causa del loro mestiere. Al riguardo è bene stare attenti a non ritenere per polineurite la paralisi da compressione, che può verificarsi negli individui divenuti incoscienti in seguito ad intossicazione ossicarbonica.

Talvolta immediatamente dopo una intensa perfrigerazione si può avere una grave polineurite, una vera forma reumatica. Per altro il reumatismo articolare acuto raramente è seguito da sindromi polineuritiche; in ogni caso si tratta di forme perineuritiche locali con localizzazioni brachiali e sciatiche.

Le neurite asimmetrica locale di un determinato tronco nervoso è anche una conseguenza del tifo e del paratifo. Casi analoghi con localizzazioni prevalenti ai nervi mediano, ulnare e radiale si hanno nelle tonsilliti settiche, anche sicuramente non scarlattinose o difteriche.

Queste forme di neuriti tossiche asimmetriche sono generalmente dolorose forse in rapporto alla natura infiammatoria della lesione che colpisce il tessuto interstiziale dei nervi, mentre nella polineurite simmetrcia il dolore manca perchè si tratta di una degenerazione parenchimatosa dei cilindrassi.

La neurite asimmetrica di origine tossica può occasionalmente verificarsi nel diabete e nell'alcoolismo. E' difficile comprendere come e perchè un veleno circolante produca la lesione di un singolo tronco nervoso. E più probabile che il veleno non faccia che accentuare un processo neuritico già in atto e di natura reumatica.

D'altra parte è tutt'altro che nota la natura della sostanza circolante che provoca le polineuriti alcooliche o diabetiche. Molto probabilmente non è l'alcool nè i suoi derivati diretti che provocano la polineurite, bensì prodotti autotossici derivanti dagli altri tessuti soggetti all'azione dell'alcool e specialmente del tubo digerente e del fegato.

Analogamente è poco probabile che le forme polineuritiche diabetiche siano dovute al glucosio, all'acetone o all'acido diacetico; anche qui è più verosimile che agisca una sostanza autotossica.

La psicosi polineuritica, come ha riconosciuto lo stesso Korsakow che per primo la descrisse, si può avere anche in individui non alcoolizzati, e quindi non è di esclusiva origine alcoolica.

La setticemia è una non rara causa di polineurite, la cui sindrome differisce poco da quella alcoolica: la sorgente di infezione può essere anche una piccola ferita.

Una rara forma di polineurite è quella dovuta a parotite: ne è stato descritto qualche caso.

La polineurite acuta febbrile, descritta per primo da Osler, è stata frequentemente constatata durante l'ultima guerra.

La polineurite sifilitica è ordinariamente inclusa nelle forme cachettiche, ma non è dubbio che essa possa avere una origine schiettamente infettiva specifica.

Si è molto discusso se la tubercolosi possa essere causa di polineurite: generalmente si ammette che essa predisponga o rinforzi l'a-

zione dell'alcool. Una localizzazione molto caratteristica è quella ai piedi, e quella al plesso brachiale in individui con lesioni apicali.

L'anemia cronica grave è annoverata fra le cause di polineurite, ma è certo molto più rara della degenerazione spinale combinata a sclerosi dei cordoni laterali, che si incontra nelle forme di anemia perniciosa. E' stata notata anche una polineurite leucemica.

Le polineuriti da tumori maligni sono evidentemente cachettiche, quantunque la loro origine debba quasi sempre coincidere con raffreddamenti, che forse ne favoriscono lo sviluppo.

Le polineuriti più interessanti dal lato etiologico e clinico sono quelle autotossiemiche. Notevoli fra queste sono le forme beriberiche, le puerperali, che si verificano anche senza manifestazioni infettive, le forme croniche acute, le forme ricorrenti o recidivanti. In questo gruppo va compresa la forma ematoporfinurica che si verifica in seguito all'uso di sulfonal, trional, veronal e derivati.

Le diagnosi differenziali della polineurite con la poliomielite e con la paralisi di Landry è talvolta molto difficile. Le parestesie e le anestesie periferiche deporranno per la polineurite, mentre l'inversione del reflesso plantare deporranno per una lesione spinale. L'asimmetria della paralisi non esclude la polineurite, l'atrofia della muscolatura intrinseca delle mani è comune anche nella polineurite, nella quale può trovarsi anche la mancanza dei riflessi patellari. La paralisi degli sfinteri è rara in ambedue le forme, ma può essere presente in tutte e due. La differenza nella estensione dei disturbi semplici in una mano e di quelli motori nell'altra è notevole nella polineurite, quantunque non sia costante nelle varie forme. Possono essere colpiti solo nervi motori, ma non è men vero che ci sono forme polineuritiche con dolori intensi, disturbi sensitivi ed atassia, come nel diabete. Nelle polineuriti da solfuro di carbonio non vi sono sintomi sensitivi, mentre possono essere dolorose le forme reumatiche alcooliche, quelle tubercolari dei piedi o quelle da tumori maligni. La polineurite ematoporfinurica è generalmente dolorosa.

Dr.

MEDICINA.

Pneumotorace e cambiamento di altitudine.

(F. PETZ, medico primario dell'Ospedale Gen. di Bolzano. *Münch. med. Woch.*, n. 15, 1922).

Il dott. Petz sotto questo titolo pubblica un importante caso clinico, di cui diamo un riassunto. Si tratta di un caso di morte per embolia gassosa in individuo con pneumotorace artificiale salito con ferrovie funicolare da una altezza di m. 265 a quella di 1220 m. sul livello del mare.

È noto, dice l'A., che la bolla gassosa intrapleurica di un pneumotoracico è soggetta a modificazioni col mutare dell'altitudine, cioè essa aumenta di volume aumentando l'altitudine per il fatto della diminuita pressione atmosferica e al contrario diminuisce di volume diminuendo l'altitudine. Le pareti toracica, diaframmatica, mediastinica e polmonare limitano tuttavia il potere di distensione della suddetta bolla di gas.

Secondo la legge di Mariotte $p_1\ v_1 = p_2\ v_2$ si può calcolare che, data una differenza in più di altezza di 1000 m. ed un volume di gas di 1000 cc., si avrà un aumento di volume di 133 cc. e quindi per un volume di 2500 cc. relativamente un aumento di 332 cc. In questo caso la diminuzione della pressione atmosferica è circa uguale a 86 mm. di Hg. Per un pneumotorace di 1000 cc. ciò non porta grandi conseguenze, giacchè in ogni caso l'effetto non è maggiore di un rifornimento di 133 cc. eseguito in pianura.

Se poi il pnuemotorace è completo e il V. di gas e la pressione intrapleurica già rilevanti, il cambiamento di altitudine, per il consecutivo aumento della forte pressione intratoracica, può condurre a gravi pericoli. Già Forlanini aveva preavvisato sul pericolo inerente al cambiamenti di altitudine per i pneumotoracentizzati, ed aveva insistito (e su ciò anche il Saugman) non essere consigliabile dopo un più forte rifornimento recarsi ad un maggior livello sul mare. Quanto sia giusto questo consiglio lo dimostra la descrizione del seguente caso con esito mortale.

Il medico F. M. di Pavia soffrì fino dal 1914 di tubercolosi del polmone destro. Migliorò nei due seguenti anni per peggiorare di nuovo nel 1917 con sintomi di caverne nel lobo destro superiore, mentre il polmone sinistro rimase sempre libero. Subì normalmente nell'estate del 1918 il pneumotorace artificiale che fu mantenuto per tutti i 3 anni seguenti, con numerosi rifornimenti dapprima con azoto, più tardi con aria, sempre senza alcun incidente e con esito della cura molto soddisfacente. Il

paziente subì l'ultimo rifornimento di 230 cc. di aria 3 giorni prima della sua morte con un V. di gas di circa 2500 cc., la pressione era + 14, nei giorni seguenti. Il malato si recò da Pavia a Bolzano (265 m. sul livello del mare, media pressione atmosferica 735) e di qui, con la funicolare, a Bolzano Alto (1220 m. di altezza, pressione media atmosferica 650 mm.). La differenza di altezza di 955 m. è percorsa dalla ferrovia in un'ora. Appena giunto a Bolzano Alto nell'albergo improvvisamente cadde privo di sensi, ebbe vomito, insorgenza di contrazioni cloniche permanenti della metà destra del corpo e della metà corrispondente della faccia, senza aver dato prima alcun segno di affanno di respiro o di tosse.

Persistendo il quadro morboso senza alcun miglioramento, dopo qualche ora il malato fu portato a Bolzano nell'Ospedale Generale.

Quivi il medico primario Dr. F. Petz constatò coma, pallore. Corpo di media grossezza senza segni di forte dimagrimento. Giacitura permanente del capo verso sinistra, gli occhi rivolti a sinistra e in alto. Pupille dilatate con lenta reazione. Quasi incessantemente contrazioni cloniche nella metà destra della faccia e braccio e gamba corrispondenti. Riflesso patellare destro aumentato. Babinsky mancante. Liquido spinale chiaro senza aumento di pressione, polso da 90 a 100 regolare. Orina normale. Nonostante gli analettici ed i cardiocinetici questo grave quadro morboso cerebrale non si modificò e senza che il malato si svegliasse dal suo coma morì 20 ore dopo l'inizio dell'accesso, con continui crampi clonici e con crescente debolezza cardiaca e respiratoria.

Necroscopia. — Spazio pleurico di destra ripieno di gas, la pleura parietale assai ispessita, d'aspetto tendineo, il polmone completamente atelettasico, forma in corrispondenza dell'ilo una sporgenza oblunga grande quasi come un pugno. Molteplici cordoni fibrosi brevi attraversano qua e colà lo spazio cavitario. Il tessuto polmonare, i cui bronchi in gran parte sono completamente obliterati, è ricco di focolai caseosi fino alla grossezza di una avellana, alcuni dei quali rammolliti al centro presentano piccole caverne. Il polmone sinistro è enfisematico senza concrescimenti, senza dimostrabili alterazioni tubercolari, ed è lievemente edematoso. Il cuore è leggermente ipertrofico specialmente nella parete del ventricolo destro, la parte infima dell'ileo come pure il colon ascendente con molte ulceri tubercolari disseminate. Il cervello mostra macroscopicamente una lieve iperemia ed edema senza altre alterazioni, invece microscopicamente si constatano molteplici modificazioni nelle cellule gangliari della corteccia.

L'A. ammette come causa della morte una embolia gassosa sia per l'insorgenza repentina di una grave sindrome cerebrale, sia per la mancanza di lesioni patologiche nel cervello che potessero chiarire i sintomi osservati. Come causa occasionale deve aver agito l'aumento di pressione per cambiamento di altitudine in un pneumotorace, come si è già detto, con forte pressione positiva.

Il reperto negativo dell'autopsia non costituisce una prova contraria all'esistenza dell'embolia gassosa, giacchè le bollicine di gas nel cervello soltanto sono reperibili quando la morte segue immediatamente all'attacco, altrimenti scompaiono in più o meno breve tempo. La breve interruzione di circolo dovuta alla sola colonna d'aria basta a produrre anemia e disturbi di nutrizione in centri cerebrali importanti, da cui l'insorgenza di fenomeni gravissimi.

Nel caso dell'A. furon trovate alterazioni microscopiche nei gangli corticali per gravi disturbi di nutrizione dovuti alla precedente embolia gassosa. Più difficilmente, secondto l'A., spiegasi in qual modo avvenne l'introduzione dell'aria nel sistema vasale.

Finora le embolie gassose osservate nel pneumotorace artificiale dipesero o da una comunicazione fra l'ago di puntura ed il tessuto polmonare, o fra l'ago ed i vasi di sinechie pleuriche con consecutivo ingresso d'aria direttamente nei vasi. Neppure furono constatate lacerazioni di aderenze per aumento eccessivo di pressione intrapleurica.

Non sarebbe inverosimile lo ammettere che a cagione delle iperpressione la pleura assai distesa si fosse lacerata in un piccolo tratto sfuggito all'autopsia, tanto più che per il rilasciamento della pleura la smagliatura più facilmente potrebbe essersi occultata.

L'A. in questo caso esclude la necessità di invocare un coefficiente traumatico come causa dell'embolia. Basta solo rammentare all'uopo la *malattia dei cassoni* dovuta al fatto di un aumento dei gas del sangue e specialmente dell'azoto in individui che per lungo tempo lavorano sotto una pressione atmosferica molto elevata. Quanto più lunga e più forte è la compressione, più facilmente il sangue resta saturato con azoto (azotemia).

In questi casi se invece di ottenere prima di uscire, secondo la regola, una lenta e graduale decompressione dell'aria del cassone si voglia ritornare rapidamente alla superficie, al-

lora si sviluppano nel sangue bolle di gas produttrici di gravi embolie gassose, da cui poi paralisi, convulsioni e morte. (Askanazy).

Nel pneumotorace artificiale si ha un continuo assorbimento di gas nel sangue. Un pneumotorace lasciato a se stesso scompare dopo parecchie settimane e la diminuzione di gas può raggiungere in 24 ore più di 100 cc. In tal modo si avrà un aumento del contenuto di gas del sangue da cui, secondo l'A., la possibilità che in una troppo rapida decompressione pel cambiamento d'altitudine si abbia uno aumentato sviluppo di gas del sangue, causa di embolie. A questo va pure aggiunto, che per la differenza di pressione fra la pressione aumentata intrapleurica e la diluita aria di alta montagna l'assorbimênto del gas intrapleurico è aumentato e accelerato.

Come causa della morte si potrebbe invocare anche l'eclampsia o l'epilessia pleurica dovuta a stimolazioni per le vie del vago e che per via riflessa condurrebbero ad un'anemia cerebrale. Questa teoria è stata patrocinata dal Forlanini tanto per i casi leggieri come per i più gravi di infortuni nella cura col pneumotorace. Ma dopo che Brauer ed i suoi scolari dimostrarono in questi casi la frequenza dell'embolia gassosa, è sempre più divenuta verosimile la presenza in tali casi dell'embolia gassosa come elemento causale.

Nel caso descritto il riflesso pleurico non spiegherebbe bene la lesione emilaterale. L'A. infine conchiude consigliando gli individui curati col pneumotorace artificiale di recarsi eventualmente in località più elevate con graduali passaggi al fine di evitare con una salita troppo rapida il pericolo di una rapida messa in libertà di gas dal plasma sanguigno. L'A. consiglia pure per maggiore prudenza in tali casi prima che il malato si metta in viaggio di estrargli una piccola parte di gas endopleurico.

F. RIVALTA.

CHIRURGIA.

La cura chirurgica dell'alluce valgo.

(OLIVECRONA. *Acta Scandinavica chirurg.*, vol. LIII, f. 4°.

Numerosi sono i metodi proposti e seguiti nella cura dell'alluce valgo, ciò che sta a dimostrare come un buon risultato si possa ottenere in più modi e come nessuno prevenga con sicurezza da insucessi. I metodi più comunemente usati possono dividersi in tre gruppi: in un primo di essi viene praticata la resezione o parziale o totale del capitulum metatarsi, la resezione di tutta la 1ª articolazione metatarso-falangea con asportazione delle ossicine sesamoidi (Hueter; E. Rose; Mayo; Singley; Porter; Mauclaire; Schede). In questo modo viene eliminata la sporgenza ossea cagione di sofferenze non indifferenti per la compressione della calzatura sulle parti molli.

Un secondo gruppo comprende le osteotomie lineari o cuneiformi che possono cadere in diversi punti del metatarso o del 1° cuneiforme. (Reverdin; Barker; Balescu-Loison; Brenner; Albrecht e Ludloff). In questo modo la correzione viene ottenuta indirettamente, eliminando l'abduzione col raccorciamento del 1° metatarso e raddrizzamento della faccia articolare del capitulum.

Seguono infine, in un terzo gruppo, le plastiche tendinee. In genere esse vengono combinate con resezioni od osteotomie ma il principio originale consiste negli interventi plastici tendinei atti a raggiungere o conservare la correzione così ottenuta (Ullmann Weir; Rath; Delbet; Albrecht; Lexer).

L'operazione di Hueter (resezione dei capi articolari dell'articolazione metatarso-falangea dell'alluce associata all'asportazione delle ossicine sesamoidi) offre in genere un adiscreta percentuale di successi e garantisce di solito dalla recidiva. Un difetto del metodo consiste nella possibilità dell'anchilosi dell'articolazione metatarso-falangea e l'eliminazione di uno dei più importanti punti d'appoggio della volta plantare. Tali disturbi che talora riservano spiacevoli sorprese possono venir ridotti al minor numero possibile limitando al puro necessario la resezione. Mayo ritenendo causa del valgismo la lunghezza eccessiva dell'alluce procede alla resezione del capitulum rivestendo con un lembo peduncolato della borsa mucosa l'articolazione per assicurare così la conservazione del gioco articolare. Benchè manchino statistiche in proposito, i risultati sembrano eccellenti. L'operazione di Syngley somiglia molto a quella di Mayo e anche i ri-

sultati sono altrettanto soddisfacenti. Non si può dire così del metodo di Rose, che reseca tutta l'articolazione metatarso-falangea asportando le ossa sesamoidi, poichè su 14 operati, dei 24 dei quali si potè avere notizie, solamente 5 erano guariti bene.

Malgrado che l'operazione di Schede rimanga la più conservativa (asportazione dell'esostosi e della borsa mucosa con un lembo ellittico di cute) i risultati lontani di 71 casi sono oltremodo soddisfacenti poichè se pure non si eliminano le deformità si liberano i pazienti dai loro disturbi e si evitano le recidive. Considerando l'operazione di Schede insufficiente, come molti altri AA., Porter reseca 3/4 del capitulum e seziona il tendine dell'estensore lungo dell'alluce. I risultati sono buoni, raggiungendo non solo lo scopo curativo ma anche un eccellente risultato cosmetico. Mauclaire pratica una resezione obliqua da dietro in avanti e da dentro in fuori della base della 1ª falange. Non si conoscono ancora i risultati di questa operazione che lui solo pratica.

Il contingente principale delle operazioni del 2° gruppo viene fornito dall'osteotomia cuneiforme (Balescu-Loison; Albrecht; Brenner) mediante le quali viene ottenuta la correzione del valgismo. Il metodo di Reverdin-Barker si propone, mediante osteotomia a cuneo eseguita sul 1° metatarso con base in dentro di raddrizzare l'articolazione metatarso-falangea. I risultati sono buoni. Ludloff reseca l'esostosi e pratica un'osteotomia del primo metatarso obliqua in un piano frontale dall'alto e dietro in basso e avanti. Possibilmente viene conservata la borsa mucosa. I vantaggi di questa operazione si riassumono nell'integrità dei capi articolari nell'allungamento dei tendini mediante lo spostamento dei frammenti ciò che d'altra parte facilita anche la loro riposizione; nella correzione dell'abduzione del metatarso con lo spostamento laterale del frammento distale, innalzamento dell'articolazione metatarsea con la ruotazione del frammento distale. I risultati immediati sono ottimi, sconosciuti quelli definitivi.

Il terzo gruppo offre scarso interesse non eliminando alcuna deformità se limitato alla sola tenotomia ed è, o causa dell'atrofia del muscolo messo fuori funzione o rappresenta un'operazione di una gravità sproporzionata se viene associato ad altri interventi.

L'A. ha praticato in 6 anni 73 operazioni su 70 piedi e così ripartite: Metodo di Scheede: 29 volte; Mayo 34; Hueter 5; Reverdin 3: e riporta la propria casistica, per esteso, corredandola di numerose radiografie eseguite prima e dopo l'intervento.

Diciotto (62 %) degli operati sec. Schede guarirono perfettamente; 6 (20 %) migliorarono; 1 recidivò dopo 5 anni; 5 (18 %) non migliorarono. In tutti il risultato funzionale fu buono: ma la deformità rimase inalterata. A queste stesse conclusioni giungono Möller e Spitzy mentre che Mitcalf è del parere opposto.

L'operazione di Schede offre ancora altri vantaggi: è semplice e lascia, in caso di recidiva, le condizioni anatomiche primitive inalterate e non richiede che una breve convalescenza (3-6 settimane). Viceversa se coesistono altre deformità (valgismo maggiore di 30°-40°) l'operazione di Schede rimane inefficace.

Trenta (88 %) su 34 alluci operati secondo Mayo sono guariti bene sia dal punto di vista funzionale che estetico ed anche rapidamente specie in quei casi nei quali la resezione fu praticata con cura (cercando cioè di modellare le superfici ossee contigue). Dell'operazione di Mayo non si può dire che bene se si eccettui il pericolo dell'indebolimento di uno dei punti d'appoggio della volta plantare: tale inconveniente anche se non è causato direttamente dall'operazione certo da essa non viene eliminato. Quello che è certo che ha grande importanza nello stabilirsi di questo difetto la disposizione individuale. Sarebbe oltremodo desiderabile poter conoscere l'influenza dell'asportazione del capitulum del 1° metatarso sulla produzione del piede piatto ma le statistiche non ci illuminano a questo riguardo. Si potrebbe ammettere che l'operazione ideale fosse quella di Mayo limitata alla resezione di 1/3 del capitulum con tutta la superficie articolare, eliminando il pericolo dell'insufficienza dell'intervento applicando una estensione sulle parti molli della alluce per 8-10 giorni. In questo modo verrebbe raggiunto sicuramente la correzione della deformità mediante l'esatto ripristino dei rapporti anatomici nei singoli segmenti dell'alluce.

In tutti i tre casi operati secondo Reverdin si ebbe recidiva; nessuno dei 4 casi operati secondo Hueter si liberò coll'operazione dai suoi disturbi, in modo completo.

Nella maggioranza dei casi l'operazione di Schede dovrebbe bastare a meno che, nei casi lievi, non venga reclamato un risultato anche estetico. In questo caso bisogna ricorrere all'operazione di Reverdin. Nei casi di gravità media si preferirà il metodo Mayo che rimane l'operazione di scelta e controindicata solamente in quei casi nei quali non si possa garantire, a operazione terminata, la sufficienza della volta plantare. In questo ultimo caso bisogna ricorrere all'operazione di Schede.

E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

FERRANNINI prof. LUIGI. *I medicamenti usuali.* Prontuario di farmacoterapia corrente. 3ª edizione. Un vol. in-16° di 214 pag. — L. Cappelli, edit., Bologna-Rocca S. Casciano-Trieste. Prezzo L. 6.00.

Chi volesse avventurarsi nell'esercizio della medicina, con la guida dei soliti trattati di farmacologia si troverebbe del tutto disorientato ed incerto sulla via da seguire, non sapendo scegliere fra i numerosissimi farmaci quelli più adatti al caso singolo.

Per somma ventura dello stesso ammalato, i medicamenti di uso corrente nella pratica giornaliera si riducono invece a pochi, ciò che non toglie che da essi si possano ottenere risultati ben migliori che con molti altri i quali, dopo un'effimera voga di giorni o di anni, cadono in un oblio definitivo.

Il prof. Ferrannini in questo suo manuale ha avuto ben presente i bisogni del medico, ed ha riunito i principali medicamenti di cui l'efficacia è stata dimostrata da tempo o che, pur essendo introdotti da poco nella terapia, si sono bene affermati. Di ogni farmaco o sistema di cura (come l'organo- la vaccino- e la sieroterapia), l'A. dà i caratteri, l'azione, le indicazioni, le controindicazioni, le incompatibilità, i preparati da esso derivanti e le dosi, unendo altresì un buon numero (complessivamente 500) di formole. Il pratico ha così presente le proprietà delle medicine che ha maggiore occasione di usare e le prescrizioni che può adottare secondo lo stato ed i bisogni dell'ammalato. La disposizione della materia è fatta per ordine alfabetico, mentre poi un copioso indice alfabetico facilita le ricerche. Alla fine si trovano utili tabelle sui pesi e sulle misure, del numero di gocce contenute in un grammo, ecc. L'essere giunto il libro alla 3ª edizione dimostra il giusto favore con cui esso è stato accolto dalla classe medica.

fil.

A. MANQUAT. *Précis de thérapeutique.* Vol. II. Baillière, éd. Paris, 1923. Prix de l'ouvrage complet: Fr. 50.

In questo secondo volume l'A. continua e completa la trattazione dei medicamenti. Secondo il criterio direttivo già seguito nel primo volume i medicamenti sono raggruppati secondo la loro azione. In un primo gruppo sono compresi i modificatori del cuore e della circolazione, delle funzioni digestive, delle funzioni intestinali, delle funzioni del sistema nervoso, delle funzioni secretorie renali sudorali, ecc.; in un secondo gruppo sono riuniti i medicamenti opoterapici, in un altro i medicamenti di terapia sintomatica (anestetici, ipnotici, antispasmodici, ecc.). Chiude il volume una serie di nozioni farmacologiche e farmaceutiche.

Se pure questo sistema di trattare i vari gruppi di rimedi possa subire in qualche punto delle critiche e possa apparire anche artificioso, tuttavia l'A. con note di grande chiarezza, di brevità densa, riesce a compilare un vero trattato moderno, che sarà di grande vantaggio al medico che sia avido, più che di ricette, di apprendere le linee direttive nell'uso esatto dei farmaci.

t. p.

BOUCHÉ G. et HUSTIN A. *Chocs thérapeutiques contre Chocs morbidess.* (Masson et C. Paris, 1922. 12 fr).

La ripercussione che gli studi sperimentali sull'anafilassi hanno determinato nella patologia umana, ha conferito da una parte speciale importanza a quelli; ha dall'altra spinto ad investigare attentamente ogni fenomeno umano che dimostrasse qualche analogia coi fatti anafilattici. Nell'opera del Bouché e Hustin ora comparsa, la malattia da siero è studiata con particolare rigorosità in ogni sua manifestazione e specialmente nei fenomeni locali

È in base alle osservazioni compiute che gli AA. portano un notevole contributo ad alcuni problemi interessanti quali il meccanismo dei fenomeni di choc nelle due espressioni vascolare e trofica; il fenomeno dell'anafilassi locale. Ampio sviluppo gli AA. concedono alla trattazione di fenomeni che si tenderebbe da alcuni ad avvicinare ai fenomeni anafilattici, quali le metrorragie ed alcuni disturbi mestruali; l'epilessia, la emicrania, la nevralgia del trigemino, gli edemi cronici, le infezioni, e per ciascuno di questi essi indicano il trattamento basato sulla provocazione di uno choc.

Se l'opera degli AA. si presenta particolarmente interessante per lo studio accurato dei vari fenomeni collegati colla insorgenza di uno choc, attende che ulteriori osservazioni e studi possano confermare alcune vedute sulla patogenesi di quelle forme morbose che si tende ad avvicinare ai fenomeni anafilattici.

Tr.

Prof. dott. QUARTA GIACINTO. *Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?* Guida pratica per infermieri ed infermiere. 3ª edizione, un volume in 8°, di pag. VIII-327 con 104 fig. nel testo. Casa Editrice L. Pozzi, Roma 1923. Prezzo L. 18.

Il *Vademecum dell'infermiere* del Quarta pubblicato nel 1915, ed al quale arrise tanta fortuna da obbligare a farne una seconda edizione nel 1916, si presenta oggi sotto una nuova veste molto più simpatica e più completa con il titolo: *Come si assiste un malato? come si soccorre un ferito?*

Questa nuova edizione ha tutti i pregi della precedente con il merito dell'aggiunta di capitoli importanti, quali quello delle più comuni malattie dell'infanzia, che era appena accennato nella precedente edizione, nonchè quelli sulla sifilide, sull'alcoolismo e sulla tubercolosi.

La materia del libro è divisa in 5 parti e cioè: I. Nozioni generali; II. Elementi di anatomia e fisiologia del corpo umano; III. Delle malattie nel campo medico e loro cure; IV. Nozioni sull'igiene, sull'alimentazione, sull'assistenza della prima infanzia, le malattie più comuni dell'infanzia; V. Sull'assistenza ai malati chirurgici.

Trascorrendo i vari capitoli di questa parte potrà sembrare che il libro del Quarta abbia troppa veste scientifica, e sia ricco di cognizioni che possano essere superflue per un infermiere. Ma per poco che si rifletta a ciò che oggi deve essere un buon infermiere si deve convenire che il libro corrisponde perfettamente allo scopo di essere di guida all'educazione di un infermiere moderno. Oggi noi vogliamo che l'infermiere non solo comprenda le nostre ordinazioni nel senso di poterle e saperle eseguire, ma ne apprezzi anche l'importanza, che assista l'ammalato nei riguardi di quanto il medico nelle sue visite gli ha comunicato, ma abbia anche l'iniziativa di provvedere da sè a quei sintomi improvvisi, che lo obbligano ad avvertire il medico, ma non lo dispensano da prendere i provvedimenti urgentissimi, che l'attesa del medico renderebbero inutili perchè tardivi. Noi vogliamo che l'infermiere abbia una certa elasticità nella sua missione che non vada oltre certi limiti, ma che d'altra parte non sia cristallizzato in un'azione puramente passiva. Si comprende perciò che per realizzare questo concetto bisogna che egli abbia una cultura delle malattie e delle possibili complicazioni. Ora il libro del Quarta permette di acquistare questa cultura, e d'altra parte l'esposizione delle materie, così piana, il linguaggio così semplice e preciso da essere compreso anche da chi come l'infermiere ha una cultura generale più che comune. Per queste qualità si crede che il libro del Quarta sia molto da raccomandare, tanto più che è un libro italiano e che contribuisce ad emancipare dai libri stranieri che fino a pochi anni fa erano i soli che dominavano in Italia in questa materia. Oggi che per fortuna le scuole da infermieri vanno istituendosi dapertutto in Italia questo manuale potrà essere sommamente utile anche ai medici che dovranno tenere corsi di insegnamento del genere, o conferenze di volgarizzazione sulla assistenza agli infermi, sul pronto soccorso e simili. Il libro del prof. Quarta contribuirà altresì al miglioramento morale ed intellettuale della benemerita classe degli infermieri e dei militi della Croce Rossa, facendo crescere verso di loro quella benevolenza, e quella riconoscenza del pubblico che la loro opera paziente, oculata, e piena di sacrifizio ed abnegazione certamente merita.

A. CARDUCCI.

GAIFAMI PAOLO. *Le indicazioni attuali alla provocazione dell'aborto.* Attualità della Medicina. Collezione Bardi, 1922, L. 7.50.

Il problema dell'interruzione della gravidanza, sia prima del 180° giorno legalmente; o prima della fine del VII mese praticamente, quando costituisce l'aborto provocato, sia a gravidanza più inoltrata, quando rappresenta il parto prematuro, è di alto interesse per il medico, il chirurgo e l'ostetrico. E solo quando una esatta e completa valutazione di ogni elemento portano alla certezza che il proseguimento della gravidanza rappresenti un sicuro pericolo per la madre (il che potrà essere nettamente stabilito dalla collaborazione del medico con l'ostetrico) sarà più che consigliabile, doveroso sacrificare la vita del feto per salvare quella della madre.

Il volumetto del Gaifami molto chiaramente tratta delle varie indicazioni alla provocazione della interruzione della gravidanza; indicazioni ginecologiche ed ostetriche; indicazioni mediche, indicazioni chirurgiche. In ogni capitolo ove i singoli problemi sono sinteticamente esposti sulla guida delle più recenti acquisizioni, è portato il contributo della larga pratica ed esperienza della scuola di Roma. Non solo all'ostetrico, ma al medico e sovratutto al medico pratico, il volume del Gaifami potrà essere utile guida allo studio di un così importante e non sempre facile problema.

e. t.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XIX Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

Roma, 14-16 dicembre 1922.

L'annuale riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia ha richiamato questa volta a Roma un numero veramente insolito di congressisti, tanti forse quanti mai se ne videro dalla fondazione del Sodalizio in poi.

Pari al numero degl'intervenuti fu l'importanza delle comunicazioni scientifiche fatte dai soci convenuti da ogni parte d'Italia e sulle quali ci ripromettiamo di ritornare non appena sarà pubblicato il volume degli *Atti*.

Non ci è possibile riportare il nome di tutti i presenti e chiediamo venia se qualcuno ce ne sfuggisse. Vedemmo i soci Agostini, Bartera, Carruccio, Ciarrocchi, A. Ducrey, Filadoro, Garibaldi, Lanzi, Libonati, Malusardi, V. Montesano, Pecori, Pediconi, Pezzoli, Silvestri, Terzaghi di Roma; Bertaccini, De Bella, Radaeli di Genova; Ercoli di Pisa; Cacioppo di Palermo; A. De Amicis, Define, Verrotti di Napoli; Borelli, Capellini, Lucchetti, Majocchi, Tarchini di Bologna; Martinotti di Siena; Mibelli, Tommasi di Firenze; Fiocco di Venezia; Pasini, Segrè di Milano; Cappelli, Fontana, Gallia, Martino, Piccardi di Torino; Gaviati, Lombardo di Sassari; Colombini, Valisnieri di Modena; Pelagatti di Parma; Mariani di Cagliari; Truffi di Messina; Fisichella di Catania; Fongoli di Terni; Favento, Freund di Trieste; Cortona di Alessandria; Mazzolari di Cremona, ecc.

Dopo l'applaudito discorso del presidente professor Radaeli ed il resoconto finanziario letto dal benemerito economo-cassiere dott. Malusardi ed approvato senza discussione, si passò allo svolgimento del programma scientifico.

Riferirono, fra gli altri, Freund su di un caso di Piedra nostra, e sulla cura del prurito senile col silicato di sodio; Majocchi sopra nuovi casi di *Purpura annularis teleangectodes;* Martinotti sui fenomeni immunitari nelle tigne; Tarchini sulle osteo-periostiti sifilitiche; Murero G. sul granuloma anulare; Piccardi su di un'epidemia da acariasi da fave secche e sulla cura precoce abortiva della sifilide con gli arsenobenzoli; Tommasi su di un neo eruttivo micro-angiomatoso, tardivo sistematizzato e sulla cura della blenorragia infantile. Tommasi e Mitrelli sul «neo» e neo-argirolo; Mibelli sull'orticaria da freddo e sulla porocheratosi; Patta sul controllo biologico degli arsenobenzoli; Fontana sull'uso degli arsenobenzoli per la colorazione del Treponema pallidum; Cappelli sul sarcoma idiopatico; Truffi sull'*achorion gypseum;* Lombardo sull'endomicosi cutanea; Murero G. su di un caso di *lichen planus* in sede rara; Mariani su di un caso mortale da *tricosporium;* Filadoro sulla labirintite nella sifilide secondaria; Verrotti sulla sifilide ereditaria e sulla patogenesi della psoriasi; Pasini sull'atrofia idiopatica progressiva; Radaeli sull'*hydroa* vacciniforme bollosa; Bertaccini sull'endotelioma cutaneo; Franceschini su di uno strumento per estrarre facilmente il sangue dalle vene; Ercoli sull'*induratio penis* plastica e molti altri sui più svariati e notevoli argomenti di sifilo-venereologia e di dermatologia.

Quasi tutte le comunicazioni dettero luogo ad interessante dibattito cui parteciparono più largamente i soci A. Ducrey, Majocchi, Martinotti, Cappelli, Pasini, Truffi, Fiocco, V. Montesano.

Di particolare interesse fu la discussione sui nuovi preparati di bismuto nella cura della sifilide su cui riferirono i soci Martinotti, Tommasi, Cacioppo, De Bella, Define e presero la parola numerosi soci. Il risultato generale del lungo dibattito si può, a mio parere, così riassumere: che cioè siamo in presenza di preparati di indubbia azione antiluetica, da doversi però ancora largamente sperimentare prima di esprimere giudizii sicuri e definitivi. Il prof. Martinotti propose anzi che fosse questo l'argomento di un tema generale per la riunione del 1923.

Vivace discussione provocò pure la presentazione da parte del prof. Ducrey di un certo numero di malati con dermopatie di difficile diagnosi, degenti nella Clinica da lui diretta.

Il Congresso, prima di sciogliersi, approvò all'unanimità i due seguenti ordini del giorno, da presentarsi al Ministro dell'Interno sulla profilassi delle malattie veneree e sulla profilassi della lebbra compilati per incarico dell'assemblea, il primo dai soci A. Ducrey, Fiocco e V. Montesano, il secondo dal socio Truffi.

Ordine del giorno per la Profilassi Celtica.

«La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, nella sua XIX riunione annuale, ribadendo il concetto di intensificare nel modo più efficace la lotta sociale contro le malattie veneree e convinta che uno dei mezzi fondamentali consiste nella diagnosi precoce della infezione e soprattutto delle sue manifestazioni contagiose e nella immediata applicazione dei mezzi curativi, fa voti:

1° che il personale addetto ai Dispensari ed alle sale celtiche ed in genere a tutti i servizi profilattici in materia, dia garanzia di assoluta competenza e sia perciò nominato in seguito a pubblico concorso così come prescrivono le leggi vigenti;

2° che il numero dei dispensarî, forniti di tutti i mezzi adatti alla pronta diagnosi ed alle cure più rapide, venga proporzionato alla popolazione delle singole città, soprattutto insistendo sulla istituzione dei dispensarî stessi nei centri operai;

3° che con apposito disegno di legge siano sanzionate disposizioni punitive per tutti coloro, specie se medici e farmacisti, i quali sorprendono la buona fede del pubblico promettendo rapide guarigioni, con medicinali o metodi di cura universalmente riconosciuti incapaci di realizzare le promesse che furono fatte.

«La Società poi esprime il suo compiacimento per la raccolta dei dati statistici sulle malattie

veneree recentemente iniziatasi ad opera della Direzione generale di Sanità pubblica e confida che le modalità della esecuzione siano tali da assicurare un risultato che sia il più vicino possibile alla verità.

« Esprime infine il voto che i nuovi regolamenti sulla profilassi delle malattie veneree vengano al più presto resi di pubblica ragione ed integralmente applicati.

DUCREY, FIOCCO, V. MONTESANO ».

Ordine del giorno per la profilassi della lebbra.

« La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, compresa della urgenza di provvedimenti profilattici contro il diffondersi della lebbra, richiamando le sue precedenti deliberazioni, fa voti che lo Stato, pur non trascurando le misure più complesse suggerite dalla Commissione Ministeriale per lo studio e la profilassi della lebbra in Italia, voglia, come provvedimento transitorio ed urgente, considerare i lebbrosi sprovvisti di mezzi di cura e di isolamento alla stregua dei malati celtici in periodo contagioso, autorizzandone il ricovero e l'isolamento a spese proprie nelle Cliniche Universitarie o negli Ospedali provvisti di reparti per la cura delle malattie cutanee.

TRUFFI ».

Fu anche deliberato di indire per il prossimo anno il primo concorso al premio De Amicis per un lavoro originale di dermatologia o di venereologia e sifilografia.

Il Congresso si chiuse con un vibrato discorso del presidente prof. Radaeli, vivamente applaudito, cui rispose, acclamatissimo, il prof. Majocchi.

Riservandoci, come abbiamo già detto, di esaminare più dettagliatamente i singoli lavori quando sarà pubblicato il volume degli *Atti*, è lecito esprimere fin da questo momento il più lusinghiero giudizio sull'attività scientifica dei dermatologi italiani i cui contributi al progresso della nostra specialità si vanno facendo ogni anno più numerosi e più importanti. Molte cattedre sono ora tenute da giovani da poco chiamati all'insegnamento, i quali, ispirandosi all'esempio dei Maestri, portano nuove forze e nuovo vigore negli studî prediletti. Possiamo quindi guardare con completa fiducia ad un avvenire ancora più luminoso della Dermatologia Italiana.

V. MONTESANO.

Società di medicina legale di Roma.

Seduta del 7 giugno 1922.

Presid.: Comm. ASCHIERI - Segr.: Prof. BELLUSSI

Casellario Centrale Infortunistico.

Prof. S. OTTOLENGHI. — L'O. a proposito dell'istituendo Casellario centrale degli Infortuni, richiama l'attenzione sulla necessità di insistere perchè nella compilazione della scheda si raccolgano dati necessari diretti alla *identificazione dell'infortunio e dell'infortunato*. Per le lesioni si riferisce agli stessi criteri seguiti in tema di lesioni nei moduli che si redigono per gli infortuni agricoli. Insiste che per gli infortunati sia applicato il segnalamento dactiloscopico.

ASCHIERI. — Fa le sue riserve sulla legalità della obbligatorietà alla assunzione delle impronte digitali.

OTTOLENGHI. — Il segnalamento dactiloscopico va generalizzandosi in tutto il mondo. Se è riconosciuto l'obbligo all'operaio di dare le indicazioni delle proprie generalità nelle pratiche riguardanti l'infortunio, nulla si dovrebbe opporre alla assunzione del segnalamento dactiloscopico che è il mezzo più sicuro di accertamento dell'identità personale. Occorre che gli Istituti Assicuratori, i Sindacati, i Centri operai, e la Confederazione del lavoro prestino la loro opera coll'intento di superare ogni pregiudizio, ogni difficoltà del ceto operaio, onde assicurare al nuovo Casellario l'applicazione di un mezzo di identificazione fisica della più alta importanza sociale nell'interesse stesso dell'operaio.

I soci prof. FALCO e prof. ZEVI si associano alle proposte dell'Ottolenghi che non hanno nulla di coercitivo, ma scopo educativo e socialmente utile.

Contributo sulle ferite di arma da fuoco.

Dott. MASSARI. — L'O. prospetta e risolve interessanti questioni in tema di omicidio e suicidio e di traumatologia forense.

Seduta del 14 ottobre 1922.

Presid.: Comm. ASCHIERI - Segr.: Prof. BELLUSSI.

Prof. OTTOLENGHI. — Legge una comunicazione del socio prof. Cevidalli nella quale, prendendosi motivo da una recente Circolare della Direzione Generale Assicurazioni Sociali che designa quali medici fiduciari della Cassa Assicurazioni Sociali i soli medici militari, quelli delle Casse Nazionali Infortuni ed i medici delle cliniche specializzate di Milano e Napoli, viene lamentato che siano stati omessi i medici degli Istituti Universitari di Medicina Legale. Il Cevidalli giustamente disapprova una simile esclusione, poichè i medici legali per la loro specializzazione hanno diritto di prestare il loro concorso in questo ramo di Assicurazioni sociali che convolge questioni e problemi di Medicina Legale della più alta importanza.

Prof. DIEZ. — La questione preoccupa tutte le classi mediche. È ingiusto creare un privilegio a favore solo di alcune classi mediche. Ritiene che pure i medici ferroviari al pari dei medici militari hanno diritto di scelta. La Società deve intervenire e assecondare le giuste osservazioni del Cevidalli.

Prof. OTTOLENGHI. — La scelta del medico militare è suggerita da un criterio generico secondo il quale si ritiene il medico militare specializ-

zato, per il suo ufficio, in Medicina Legale. Ciò non esclude, anzi implica la necessità che non siano dimenticate altre categorie di medici e anzitutto i medici che delle discipline medico-legali fanno specializzazione esclusiva.

In seguito a sua proposta viene votato il seguente Ordine del giorno:

«La Società di Medicina Legale di Roma, presa «cognizione della Circolare n. 39, 1 giugno 1922, «della Direzione Generale Assicurazioni Sociali, «colla quale sono designati quali medici fiduciari «provvisori delle Casse Assicurazioni Sociali i me«dici militari, i medici delle Casse Nazionali In«fortuni ed i medici delle Cliniche specializzate «di Milano e Napoli, rammarica che il provvedi«mento escluda dalla designazione altre categorie «di sanitari delle Amministrazioni dello Stato «specialmente competenti; e sopratutto coloro che «per la loro coltura e specializzazione sono più «indicati per gli accertamenti delle invalidità e «precisamente i Direttori, Aiuti, Assistenti degli «Istituti universitari di Medicina Legale e gli spe«cializzati in questa disciplina e fa voti che con «provvedimento urgente nell'interesse dell'Istitu«to Assicuratore e delle suddette categorie di sa«nitari si ripari alla ingiusta esclusione».

La perizia grafica in Medicina Legale.

Prof. OTTOLENGHI. — L'O. presenta alla Società i documenti della Perizia in scrittura riguardante le lettere attribuite al dott. Bernardes, presidente della Repubblica del Brasile che riconosciute autentiche dal medico legale Locard di Lione e da altri periti, egli dimostrò false, come infatti venne accertato dalla confessione del colpevole.

Dimostra che egli ha applicato il metodo descrittivo introdotto da Bertillon nel «ritratto parlato» seguendo il programma della Perizia medico-legale in scrittura esposto nel 1914 a questa Società.

Prof. FALCO. — È ormai tempo che la perizia grafica sia riconosciuta come funzione specializzata, integrante della Medicina Legale. Crede opportuno che essa sia affidata non più ad empirici ma a biologi come funzione specializzata della Medicina Legale.

Le cosidette orchiti traumatiche e da sforzo.

Prof. DIEZ. — In base ad una sua statistica di casi osservati in sei anni di pratica professionale ha potuto rilevare che la maggioranza delle cosidette orchiti traumatiche nascondono grossolani errori di osservazione, deficienze di esame clinico ed insufficienza di preparazione traumatologica. Rarissimi sono i casi di orchite traumatica vera; trattasi per lo più di affezioni microbiche preesistenti da gonococchi e bacillo di Koch specialmente, rivelate o aggravate dal trauma che agisce come fattore concausale.

Le pretese orchiti da sforzo nascondono d'altra parte, sempre errori di diagnosi: o si tratta di altre malattie del funicolo, della vaginale, ecc., o di semplici riacutizzazioni di un focolaio infettivo preesistente dell'epididimo.

L'endocrinologia in antropologia criminale.

Dott. DE TULLIO. — Esaminando 200 detenuti, nell'Ambulatorio presso la Scuola di Polizia Scientifica col metodo della Scuola di Roma per cui il soggetto è sottoposto successivamente ad esame somatico biografico e psichico onde conoscerne la personalità criminale, l'O. ha trovato in 31 casi (15 %) aggruppamenti sintomatici costituenti le seguenti sindromi endocriniche: 2 ipertiroidismi costituzionali; 3 ipertiroidismi Basedovoidi; 1 iperpituitarismo costituzionale; 1 ipopituitarismo onanismo ipofisario; 1 ipogenitalismo con ipersimpatico-vagotonismo; 12 sindromi pluriglandolari. Questi reperti dimostrano l'indubbia importanza che hanno le disfunzioni endocrine in Antropologia criminale.

Circa la questione dei rapporti fra caratteri e tipi endocrini e speciali attitudini criminose, ha potuto constatare la frequenza di reati di violenza, nella proporzione del 75 %, nei 14 casi che hanno presentato manifestazioni morfologiche trofiche e neuro-psichiche di iperfunzionalità tiroidea, mentre sugli altri 169 casi senza disfunzioni endocrine la stessa proporzione di reati di violenza rispetto agli altri reati, è scesa al 58 %.

Praticando l'esame morfologico coi criteri endocrinologico del Pende e costituzionalistico del De Giovanni, integrati da quello antropologico Ottolenghi, ha trovato che nei rei contro la proprietà prevalgono i longinei microsplancnici iperevoluti, asimmetrici e nei violenti prevalgono i brevilinei, macrosplancnici, ipervegetativi rozzi.

BELLUSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

Caratteri clinici differenziali dell'infezione puerperale settica e di quella con ritenzione di residui placentari od abortivi.

In tutti e due i casi prospettati da un abbonato trattasi di puerperio *post-abortum* o *post-partum* morboso.

La differenza sintomatica nei due casi sta tutta nel fatto, che in uno di essi il processo morboso è sostenuto dalla ritenzione in utero di porzione più o meno grande di annessi ovulari o fetali, mentre nell'altro è sostenuto solamente dai germi della sepsi, arrivati in utero.

Nel primo caso la figura clinica del puerperio morboso sarà quella di un'infezione putrida; nel secondo caso sarà quella di un'infezione settica. Nel primo caso i protei della putrefazione, nel secondo i comuni germi della sepsi (streptococco, stafilococco, b. coli, ecc.) saranno gli agenti microbici, che provocarono il processo morboso puerperale.

Pertanto nel caso di ritenzione di prodotti ovulari o placentari la lochiazione avrà odore frave o sarà fetida, da putrefazione, e l'odore grave sarà avvertito al solo aprire il letto della puerpera.

Nel caso di sepsi, senza ritenzione, i lochi non avranno odore grave o fetido, ma avranno aspetto purisimile o addirittura potranno essere sostituiti da uno scolo purulento.

Di sovente nel caso di sepsi seguono presto fatti settici diffusi (metrite, perimetrite, annessiti, parametrite, pelviperitoniti, talora peritonite generalizzata), qualche volta generali (pioemia, setticopioemia); mentre nel caso di fatti putridi da residui placentari od ovulari, la malattia più spesso — se non si avrà associazione batterica — si mantiene localizzata in utero. In pochi casi la malattia assume gravezza insolita, si generalizza e conduce rapidamente a morte (ingresso diretto dei germi nei vasi aperti dell'inserzione placentare).

All'esame obbiettivo-ginecologico: nel caso di ritenzione si troverà incompleto ed in ogni caso arrestato il processo involutivo dell'utero. L'utero non avrà ripreso il regolare rapporto dei suoi diametri. I materiali ritenuti — se non hanno volume trascurabile — terranno discoste le pareti anteriore e posteriore dell'organo ed il diametro antero-posteriore dell'utero non sarà il più breve, nè sarà ridotto in modo apprezzabile. L'utero conserverà una figura globosa, invece di riacquistare la nota figura pirifo.me schiacciata. Per la deficiente involuzione le sue pareti non avranno consistenza dura, come nel puerperio regolare, ma conserveranno ancora un aspetto simil-gravidico per una consistenza duro-pastosa, o molle-pastosa, o addirittura molle o almeno molle-plastica, sicchè le dita che palpano inducono l'impressione del tessuto edematoso, quasi lasciassero la loro impronta.

Possono trovarsi condizioni morbose capaci di trarre in errore il medico non specialista nella disamina di questi segni? Sì: sebbene in casi del tutto eccezionali.

Possono i materiali ritenuti esser di volume minimo, costituiti da frustoli ed allora o manca il processo putrefattivo o è associato al processo morboso settico, che per solito è prevalente. La diagnosi può trascurare la insignificante ritenzione; la cura deve provvedere al fatto settico precipuamente. La diagnosi può nemmeno avvertire il fatto trascurabile della ritenzione, perchè può mancare od esser appena accennata la subinvoluzione delle pareti uterine e quindi può non esser apprezzato il sintomo della loro diminuita consistenza.

L'errore per solito non ha importanza pratica. Le cure, atte a combattere la sepsi endo-uterina, varranno alla rimozione dei pochi frustoli di tessuto ovulare o placentare ritenuti.

Per contrario può trattarsi di un caso di sepsi uterina puerperale con *piometra*. La ritenzione di pus nella cavità uterina avvicina la sindrome obbiettiva di questa forma puerperale settica a quella da ritenzione di residui ovulari o placentari, come l'avvicina e talora pare identificarla a quella della forma putrida per ritenzione di lochi (*lochiometra*). In tutti questi casi c'è subinvoluzione e mollezza conseguente delle pareti uterine; ma pur essi possono ben esser differenziati: consistenza tanto più molle nel piometra e nel lochiometra, talora quasi da mentire una consistenza fluttuante; consistenza duro-pastosa o molle-pastosa nella ritenzione di prodotti ovulari o placentari.

I due casi di lochiometria e piometria, se non sono facilmente distinti per la consistenza quasi uguale, dell'utero, si differenziano agevolmente per l'odore grave, fetido del lochiometra, che manca nel piometra, perchè nel primo caso si tratta ancora di una forma putrida, nel secondo di una forma settica.

Ma, non tenendo conto di questi fatti ec-

cezionali, il sintoma principe della ritenzione di residui placentari od ovulari in utero è dato dal contegno del collo uterino, nel quale pare mancare del tutto un processo involutivo puerperale vero e proprio. Se vi ha ritenzione — anche dopo una settimana e più dal parto — il canale cervicale si conserva aperto e può esser ancora pervio al dito, che può entrare nella cavia uterina e raggiungervi il materiale ritenuto.

Nella sepsi puerperale senza ritenzione il processo involutivo è pure arrestato e meno progressivo della norma; ma la pervietà del canale cervicale si comporta come nei casi fisiologici e manca sempre dopo pochi giorni dal parto.

In qualche caso di ritenzione di residui abortivi il sintoma in questione può non essere così netto, pure l'involuzione uterina assente o ritardata fa vedere nel collo uterino una pervietà strumentale (da dilatatori metallici, ecc.) insolita, una consistenza molle tale da essere in qualche caso avvicinata alla consistenza gravidica.

Anche l'osservazione della temperatura febbrile della paziente può nei due casi fornire argomento diagnostico differenziale. Sorge gradualmente progressiva per solito nelle forme settiche; — bruscamente, rapidamente alta, talora altissima, nelle forme putride da ritenzione. La curva termica assume il tipo remittente quotidiano nelle forme settiche; — meno costantemente si ha remittenza quotidiana fino alla norma nelle forme putride; talora la febbre si mostra continua in queste ultime.

Se ancora vi ha dubbio la sicura diagnosi deve essere raggiunta nell'interesse della paziente con esame digitale della cavità uterina, praticata dopo opportuna dilatazione strumentale (dilatatori metallici) del canale cervicale attuata con la più severa asepsi.

C. M.

Frequenza e significato clinico degli spostamenti uterini.

P. Findley (*Jour. A. M. A.*, 2 settembre 1922) sulla scorta di 550 casi di spostamento osservati in più di 3000 esami ginecologici, ritiene che la retrodeviazione uterina non ha importanza clinica se non è complicata; però può essere l'inizio di un prolasso, e può talvolta indurre meccanicamente la sterilità (circa nel 6 % dei casi).

I sintomi che talora si osservano (compressione sulla vescica e sul retto, leucorrea, dismenorrea, menorragie, ecc.) sono per lo più dovuti a complicazioni pelviche, le quali mancano di rado; frequentemente però i disturbi accusati sono psicogeni. Le complicazioni pelviche, e non la deviazione in sè, possono costituire indicazione operatoria.

Il dolore lombare, così spesso accusato, può dipendere da complicazioni pelviche, ma pure da atteggiamenti viziosi, da deformazioni del bacino, da rilassamento delle articolazioni sacroiliache, da focolai infettivi.

La sterilità nelle retrodeviazioni complicate si ha nel 16-25 % dei casi.

Il prolasso, ultimo esito della retrodeviazione, fu osservato dall'A. in 70 casi sui 550: due casi erano in primipare. Nel 21 % di questi 70 casi si ebbero menorragie, in oltre il 50 % si ebbero dolori lombari, più intensi nei prolassi lievi che nella gravidanza.

La gravidanza nelle nullipare è rara, ed è dovuta ad un difetto d'innervazione, insieme ad un aumento della pressione intraaddominale.

L'A. non ha tenuto conto degli spostamenti laterali e in avanti, perchè o sono congeniti, e mancano di sintomi, o sono consecutivi ad altre affezioni del bacino, ed entrano nella loro sindrome.

DORIA.

Nella dismenorrea.

Somministrare un clistere caldo di decotto di semi di lino in cui si fa sciogliere 1 g. di antipirina, aggiungendo poi 20 gocce di una miscela di tintura di belladonna g. 2, in 10 g. di laudano; tener presente che alcuni soggetti sopportano male la belladonna, sicchè conviene per la prima volta dare la metà dose. Oppure fare un clistere con antipirina, bromuro di potassio, cloralio ana g. 1 in 100 g. di acqua.

(*Journ. de méd. de Paris*).

Trattamento della mastite acuta suppurata.

C. R. Belgrano e G. A. Capurro (*Liguria medica*, 15 agosto 1922) consigliano di ricorrere anzichè alle larghe incisioni, alla puntura, che, oltre ad essere di semplice esecuzione, riesce a svuotare bene il pus, lasciando il minimo di cicatrice sulla cute e nell'interno dell'organo.

Si pratica come segue: disinfezione della cute ed eventuale anestesia locale col cloretile: nel punto adatto si fa una puntura con un ago di grosso calibro, od una piccolissima incisione: se l'ascesso è ben formato, ne fuoriesce spontaneamente il pus. Si applica quindi la campana di vetro per il trattamento alla Bier, ungendo bene gli orli e praticando poi l'aspirazione, la quale estrae il pus, che si

trova ancora nella cavità, e provoca l'iperemia dell'organo: ogni seduta si fanno tre aspirazioni con l'intervallo di pochi minuti.

Il metodo, applicato dagli AA. in una quarantina di casi, ha dato buoni risultati: la febbre cadde completamente dopo il primo, al massimo dopo il secondo svuotamento: il numero delle aspirazioni necessarie variò da un minimo di tre, ad un massimo di dodici in un caso di mastite bilaterale molto grave e con raccolte multiple; il dolore che si provoca con la piccola puntura è lievissimo, la funzionalità dell'organo e l'estetica sono ben conservate.

fil.

La secrezione lattea e la dieta.

Secondo E. Meigs, sebbene non possa negarsi che la varia quantità di aminoacidi, di lecitina e di zucchero nel sangue ha influenza sulla composizione del latte, tuttavia, variando la dieta, varia di preferenza la portata anzichè la composizione del latte.

Il contenuto in zucchero del latte è quasi invariabile, ma sembra che il variare degli aminoacidi nel plasma sanguigno abbia influenza sul contenuto in grasso del latte. La relativa costanza del contenuto in grasso con diete molto varie si spiega ammettendo che il grasso del latte si formi a spese dei fosfatidi del sangue.

La quantità relativamente costante di calcio è in diretto rapporto con la relativa costanza del calcio nel plasma.

(*Jour. A. M. A.*, 16 sett. 1922).

DORIA.

Nelle erosioni dei capezzoli.

Le ecchimosi semplici, le erosioni prodotte da succhiamento si coprono con garza imbevuta della seguente miscela: tintura di benzoino, alcool a 60°, glicerina ana g. 20. Se si forma una ragade, la si medicherà con aristolo in vasellina (2: 40), o la si toccherà leggermente con nitrato d'argento.

(*Journ. de méd. de Paris*).

OCULISTICA.

Sulla localizzazione ed estrazione dei corpi intraoculari.

J. Patton (*Journ. A. M. A.*, 23 sett. 1922) ricorda che in ogni lesione dell'occhio bisogna pensare alla possibilità della penetrazione di un corpo estraneo, anche se viene negato dall'anamnesi. Per contro non si deve credere ciecamente alla presenza di un corpo estraneo affermata dal paziente.

Il rame e il bronzo vengono tollerati meglio degli altri corpi non magnetici e tendono a farsi strada all'esterno. Frammenti di ferro possono provocare la siderosi delle fibre dell'oculomotor comune e dell'iride, onde si produce non di rado midriasi.

Il metodo più sicuro di localizzazione, anche pei frammenti di vetro, è la radiografia in due posizioni (Sweet), o la radiografia su di una sola lastra, mentre l'occhio viene mosso. Una più precisa localizzazione si ottiene col metodo di H. Gifford, ponendo due pezzettini di filo di piombo sterilizzato sotto la congiuntiva, come punti di riferimento, uno presso il limbo superiore e uno presso l'inferiore.

Il magnete come mezzo di localizzazione non dovrebbe usarsi, salvo che si possa avere la certezza che si tratti di un piccolo frammento magnetico, piuttosto superficiale.

La prognosi dell'intervento non deve mai essere troppo favorevole. Solo pei corpi magnetici (ferro-nichel) si possono usare i magneti: sono migliori i più forti. Il magnete ad anello, che rende magnetici gl'istrumenti, e dirige verso di essi i corpi estranei magnetici, è utile se questi si trovano nella camera anteriore, vi siano essi giunti primitivamente o in seguito a manovre con altri magneti. L'incisione corneale va fatta mentre il magnete è sotto corrente, onde il coltello può attirare il corpo estraneo prima che si vuoti l'umor acqueo.

Se il corpo estraneo è nel segmento posteriore va aggredito per via sclerale. Spesso mercè ripetute applicazioni del magnete si riesce a smuoverlo anche se aderente.

Le cure postoperatorie sono molto importanti. Salvo casi non complicati di corpi estranei nella camera anteriore, si deve procedere come se fosse in atto una lieve infezione (fasciatura binoculare, letto, applicazioni calde, salicilato, ecc.). Se l'occhio non migliora rapidamente, occorre spiegare all'infermo la possibilità dell'oftalmite simpatica, e, se ne è concessa l'autorizzazione prontamente enucleare l'occhio malato.

Nel dubbio che il corpo estraneo sia fuori della sclera si terrà l'occhio in osservazione.

Piccoli corpi estranei difficilmente raggiungibili e recanti poco disturbo non autorizzano un pericoloso intervento per estrarli, nè la enucleazione, salvo complicanze.

Secondo G. Derby frammenti di pietra sarebbero meglio tollerati che quelli di metallo.

DORIA.

IGIENE.

Risultati dell' immunizzazione attiva con la tossina-antitossina difterica nelle scuole pubbliche di New York.

Già in precedenza Zingher aveva fatto conoscere i risultati della reazione di Schick alla quale aveva sottoposto più di 52000 alunni di New York. I bambini che presentavano una reazione positiva furono immunizzati con un miscuglio di tossina-antitossina, ed i risultati dell'immunizzazione furono controllati da una nuova reazione di schick.

Zingher ha potuto constatare (rifer. *La Presse médic.*, n. 74, 1922) che tre iniezioni di tossina-antitossina, con otto giorni di intervallo, dànno risultati superiori a quelli ottenuti con due iniezioni. Un intervallo più lungo fra le iniezioni permette alla reazione locale di scomparire più completamente, prima di procedere ad una nuova iniezione. Debbono lasciarsi trascorrere per lo meno sei mesi prima di saggiare nei bambini la reazione di Schick. I fanciulli che non posseggono l'immunità dopo la prima serie di iniezioni, debbono ricevere una nuova serie di iniezioni. In una certa percentuale tuttavia l'immunità non si ottiene nemmeno dopo più serie di iniezioni (dal 30 al 7 %). Mai l'A. ha osservato la più piccola manifestazione di choc anafilattico; anche l'urticaria è stata rarissima. Non costituisce controindicazione una precedente iniezione di siero antidifterico, nè vi è alcun danno a somministrare del siero dopo una serie di iniezioni di tossina-antitossina. MONT.

VARIA.

Le malattie senza prognosi.

La maggior parte delle malattie evolvono verso la guarigione: questo è l'aforisma di Ippocrate, che l'esperienza bimillenaria ha confermato. Nessuna prognosi sfavorevole per le tonsilliti e le bronchiti acute in genere, per le dispepsie nervose, per le enterocoliti membranose, per certe febbri eruttive, come la varicella. Queste affezioni generalmente guariscono.

Tuttavia nelle malattie acute ad alta temperatura le complicazioni possono capovolgere la prognosi. Nelle tonsilliti ad esempio può capitare che si verifichino processi endocarditici o nefritici, che possono compromettere permanentemente la salute del soggetto o condurre addirittura all'esito letale.

Altre malattie, sopra tutto croniche, non sono affatto influenzate dai medicamenti o dai regimi igienici. Vi sono malattie nella cui terapia l'elemento preponderante è l'azione morale del medico. È considerevole il numero delle malattie dovute alla ripercussione di uno shock emotivo sul sistema neuro-glandulare, il numero dei disturbi funzionali causati da una scossa psichica. In questi casi è lo psichismo del malato che deve essere modificato dalla volontà del medico. Così fatti malati non guariscono che con un medico che sia loro simpatico. La simpatia provoca la fiducia, la fiducia induce all'obbedienza, l'obbedienza determina la rigorosa osservazione dei suggerimenti dati. L'obbedienza è un ritorno all'equilibrio. Un disturbo funzionale del simpatico non persiste in un organismo che ha riconquistato la padronanza di sè stesso. La prognosi di queste malattie non è decisa dal male, ma dal medico, e non dai rimedi che questo può consigliare, ma dalla sua autorità.

Ma purtroppo vi sono malattie che decorrono ineluttabilmente verso l'esito letale. Ciò potrebbe dirsi dei tumori maligni, se effettivamente la diagnosi precoce e conseguentemente il rapido intervento non potessero aver ragione di essi. La prognosi del cancro è in funzione della precocità della diagnosi. È per questo che la fama di un medico poggia tutta sulla sua capacità a riconoscere un male quando non si è sviluppato in tutta la sua sintomatologia e quindi in tutta la sua irreparabile pericolosità.

In ogni caso se la prognosi è disperata è sempre bene astenersi dal dirlo. A che pro scoraggiare? La speranza è un fermento di energia ed il medico non ha il diritto di troncare le illusioni, anzi ha il dovere di destarle o di ravvivarle. Egli ha il diritto ed ha il dovere di ingannare anche se ciò può nuocere alla sua reputazione.

Le malattie senza prognosi favorevole esistono per il medico, ma non devono esistere per il malato. (*Journal des Praticiens*).

BR.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CACCIOLA SALVATORE. *Il cloruro di sodio e la bibita dell'acqua minerale di Termini Imerese e di Montecatini.* — Catania, V. Giannotta, 1921.

CAMERLICH GUIDO. *L'ulcera duodenale nello stadio attivo ed inattivo.* — Milano, Tip. Enrico Zerboni, 1921.

PICCININO GUIDO. *Contributo allo studio dell'elettropuntura nella cura delle varie malattie spinali.* — Napoli, Tip. Enrico M. Muca, 1921.

PICCININO GUIDO e GUERRICCHIO ANTONIO. *Contributo allo studio dell'« Ictus laringeo ».* — Napoli, M. Ruggiano, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il 22 dicembre si è riunita la Giunta del Consiglio Superiore di Sanità sotto la presidenza dell'on. prof. E. Marchiafava.

Dopo brevi comunicazioni del Direttore Generale della Sanità Pubblica, passando alla trattazione degli affari inscritti all'ordine del giorno la Giunta ha espresso parere favorevole:

1) Su alcune proposte di modifiche da apportare ai programmi per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario approvati con D. M. 21 novembre 1906, e ciò per metterli in armonia col progresso delle cognizioni scientifiche e lo stato attuale della legislazione sanitaria;

2) Su uno schema di farmacopea omeopatica presentato in base al R. Decreto 13 febbraio 1921;

3) Sulla istituzione di una scuola per infermieri presso la R. Università di Napoli, promossa da quella facoltà medica.

Passò quindi allo esame di numerosi ricorsi di farmacisti avverso provvedimenti dell'autorità competente riguardanti l'applicazione della legge dell'esercizio della farmacia. Tali ricorsi riguardavano farmacie dei seguenti Comuni: Casarano (Lecce), Martano (Lecce), Urbania (Pesaro), Nocera Superiore (Salerno), Rocca d'Aspio (Salerno), Cherasco (Cuneo), Santagata di Militello (Messina), Acerra (Caserta), Pescopagano (Potenza), Pattada (Sassari), Pallestrina (Venezia), Palermo, Modena, Torino, Venezia, Aquila, Salerno, Alessandria, Girgenti.

Emise provvedimento:

1) sui ricorsi dei Comuni di San Marco d'Alunzio (Messina), Santa Paolina (Avellino), Marzano di Nola (Avellino), Paternò Calabro (Cosenza), Caianello (Caserta), contro provvedimenti delle autorità Provinciali riguardanti aumenti di stipendio ai medici condotti;

2) sui ricorsi dei Comuni di Montefalcione (Avellino), Tufo (Avellino), Colliano (Salerno), Acri (Potenza) per aumenti di assegno agli ufficiali sanitari;

3) sui ricorsi dei Comuni di Comunanza (Ascoli), Cison Valmarino (Treviso), Caprarola (Roma), Rivarolo Ligure (Genova), per aumenti di stipendio ai veterinari condotti;

4) sui ricorsi dei dott. Carraro, medico condotto di Trevignano; dott. Russitano, medico condotto di Ravenna; dott. Rodolfo, medico condotto di Carignano, contro provvedimenti disciplinari deliberati a loro carico;

5) su ricorso del farmacista Sagone, contro provvedimento disciplinare.

Infine la Giunta dopo avere confermato il dott. Eschilo della Seta a rappresentante del Consiglio Superiore di Sanità presso il Consiglio di amministrazione dello Istituto ortopedico Sanatorio *Giornale d'Italia* si pronunciò su varie richieste di privativa industriale, non che alcune domande per pensione privilegiata.

Comitato permanente dell'ufficio internazionale di Igiene pubblica.

Il Comitato permanente dell'Ufficio internazionale di igiene pubblica ha tenuto la sua sessione ordinaria del 1922 dal 23 ottobre al 1º novembre u. s.; l'Italia vi era rappresentata dal gr. uff. Lutrario dott. Alberto.

Revisione della Convenzione internazionale sanitaria di Parigi del 1922. — Al principio dell'anno testè scorso il Comitato di igiene della Società delle Nazioni aveva inviato una missione per studiare sul posto le condizioni di organizzazione della lotta contro le malattie epidemiche del vicino Oriente.

Questa missione ha preparato in collaborazione col Consiglio sanitario marittimo e quarantenario di Egitto un progetto che ha servito di base al lavoro del Comitato.

Nomenclatura internazionale delle malattie. — Essa dovendo servire per la redazione delle statistiche nosologiche è stata sottoposta a revisione sulla quale però sono in corso ancora alcune discussioni.

Sieri terapeutici e prodotti derivati dall'arsenobenzolo. — Due questioni erano all'ordine del giorno, l'una concernente gli accidenti tossici osservati in seguito all'applicazione dei derivati dell'arsenobenzolo, la regolamentazione cui la fabbricazione e la importazione di questi prodotti sono sottoposti nei diversi paesi e le basi di un eventuale regolamento internazionale; l'altra i sieri terapeutici e la possibilità di un regolamento internazionale. Sulla prima questione è stato deliberato di approfondirne lo studio: sulla seconda di attendere le conclusioni di una speciale Commissione istituita dal Comitato stesso per lo studio della questione relativa ai sieri terapeutici e a quello antidifterico in particolare.

Patente di sanità e giornale sanitario delle navi. — Il Comitato si è riservato di decidere su due progetti: il primo contempla solamente la patente (o più esattamente un fascicolo di patenti) in cui figurano tutte le indicazioni relative alle navi ed ai porti di partenza e di scalo, le quali formano di solito l'oggetto delle annotazioni sulle patenti di sanità. Il secondo contempla due documenti: cioè una patente di sanità in cui sono portate le indicazioni relative allo stato sanitario dei porti di partenza o di scalo, e un giornale sanitario di bordo riservato alle indicazioni concernenti la nave, l'equipaggio e gli avvenimenti sanitari verificatisi a bordo.

Segnali che permettono alle navi di fare conoscere al suo arrivo lo stato sanitario di bordo. — Il Comitato ha emesso il voto che le Potenze marittime esaminino se il Codice internazionale dei segnali possa essere completato con la introduzione di segnali speciali per indicare:

1) che la nave è indenne di qualsiasi malattia e che chiede la libera pratica;

2) che la nave è sospetta, cioè che si sono verificati a bordo casi di malattie contagiose (o sospetti tali) da oltre cinque giorni, ovvero che si è osservato una moria insolita fra i ratti;

3) che la nave è infetta.

Lotta contro gli alcoolici e gli stupefacenti. — Il Delegato italiano ha dato comunicazione del progetto di legge italiano contro il commercio illecito degli stupefacenti. Questo progetto contempla:

1) le diverse categorie di persone responsabili, cui applica pene vieppiù gravi a misura che la loro responsabilità morale appare maggiore;

2) le pene (reclusione, ammenda, confisca, sospensione dell'esercizio, pubblicazione della condanna in giornali scelti fra i più diffusi);

3) le aggravanti in caso di recidiva e più ancora in caso di vendita ai minorenni.

Il Delegato della Polonia ha comunicato una nota relativa alla influenza della proibizione dell'alcool durante la guerra sul numero e l'evoluzione delle malattie psichiche in Polonia, dalla quale risulta chiaramente l'influenza favorevole della proibizione sul numero e sulla gravità delle psicosi alcooliche e dei delitti. Nel Belgio, similmente gli alienisti concordano nell'affermare che il numero dei casi internati nei Manicomi è di molto diminuito sotto la influenza della nuova legislazione sull'alcool.

Organizzazione dell'igiene - Protezione dell'Infanzia. — Un certo numero di comunicazioni furono fatte su questi argomenti da vari delegati.

M. C.

Cronaca del movimento professionale.

Per la Cassa Pensioni dei Sanitari.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato la riforma della Cassa Nazionale di previdenza per le pensioni dei sanitari, secondo le disposizioni del disegno di legge già approvato dalla Camera dei deputati il 7 luglio 1922.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 3 del 1923):

(ROMA):

Prof. Bastianelli Raffaele (secondo versamento)	L. 400 —
Prof. Diez Salvatore	» 100 —
S. Ten. Maggi	» 65 —
Cap. Benedetti	» 90 —
Cap. Moauro	» 90 —
Ten. Massida	» 70 —
Ten. Magrone	» 70 —
Cap. Terranova	» 100 —
Ten. Incorvaia	» 70 —
Cap. Alpestri	» 150 —
Cap. Celletti	» 67 —
Cap. Marzo	» 60 —
Cap. Vitelleschi	» 82.65
Cap. Severi	» 100 —
Magg. Piccinini	» 100 —
Ten. Righelli	» 70 —
Ten. Col. Prof. Memmo	» 120 —
Ten. Lepore	» 70 —
Magg. De Berardinis	» 100 —
Magg. Fabrizi	» 100 —
Cap. Cristini	» 90 —
S. Ten. Chillotti	» 60 —
S. Ten. Carpi	» 55 —
Cap. Massi	» 72 —
S. Ten. Sacchetti	» 70 —
Dott. Tonella	» 20 —
Dott. Martella	» 20 —
Prof. Margarucci	» 150 —
Dott. Mori	» 50 —
Dott. Osti	» 30 —
Dott. Tradri	» 30 —
Dott. Cassuto	» 10 —
Ten. Med. De Hieronimis	» 60 —
Dott. Colantoni	» 20 —
Dott. Sensi	» 25 —
Dott. Parlavecchio	» 30 —
Dott. Angelillis	» 25 —
Dott. Fulvirenti	» 15 —
Cap. Med. De Pascalis	» 100 —
Dott. Palesa	» 20 —
Dott. Mattoli	» 100 —
Dott. Giannelli	» 50 —
Dott. Gurli	» 25 —
Dott. Rea	» 20 —
Dott. Rouga	» 100 —
Dott. Boni	» 50 —
Dott. Scazzocchio	» 50 —
Dott. Boncristiani	» 15 —
Magg. Med. Molisani	» 100 —
Dott. Magalli	» 25 —
Dott. Ranci	» 10 —
Dott. Dostaing	» 10 —
Dott. Cirelli	» 10 —
Dott. Schirò	» 20 —
Dott. Buratti	» 50 —
Prof. Sergi	» 50 —
Dott. Rustichelli	» 50 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AMARONI (*Catanzaro*). — Scadenza 3 febbraio; condotta soli poveri num. 1350; L. 7000 lorde; lire 2000 indennità uff. san.; età limite 45; documenti rito.

ANCONA, *Manicomio Provinciale*. — È vacante al 1° febbraio un posto di perfezionamento per medico praticante interno. Assegno L. 5000. Vitto nei giorni di guardia. Alloggio personale. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto. Inviare documenti (compreso *curriculum* universitario) alla Direzione il 25 gennaio.

ARQUATA DEL TRONTO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 gen. Due cond.; L. 11,000 oltre c.-v. di legge e 6 trienni ventes.; L. 3000 cav.; all'uff. san. L. 500.

AQUILA. *Congregazione di Carità*. — Chirurgo primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 lorde; diritto alla percezione di compensi per operazioni chirurgiche ai paganti in proprio. Docum. alla Segreteria non oltre il 10 febbraio. Età massima 46 al 22 dicembre. Biennio in clinica universitaria od ospedale. Prova biennale; serv. entro 15 giorni.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli*. — Medico assistente in soprannumero; L. 3510 (soggette a ritenuta Cassa di prev.) e c.-v.; percentuale sui proventi della Sezione Kinesiterapica; età massima 30; scad. ore 17 del 25 gen. Titoli ed esame. Nomina annua.

CASERTA. *R. Prefettura*. — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — L. 7000 ed un c.-v., L. 300 quale uff. san. Proroga 28 feb. Serv. entro 15 g. Acqua, luce elettr., 27 km. da Roma con 4 corse giornaliere andata e 4 ritorno.

CIMOLAIS (*Udine*). — Consorzio Cimolais-Ertocasso, cercasi urgenza medico interinale condotta libera. Stip. L. 7500; indenn. cavallo L. 3000; uff. san. L. 6000; tenuta arm. farmaceutico L. 600, oltre I e II indennità caro-viveri; probabilità nomina stabile. Abit. compless. 3600 circa; stazione ferroviaria Longarone-Padova km. 5. Inviare subito documenti e referenze alla Segreteria comunale di Cimolais.

FIORENZUOLA (*Piacenza*). — *Congregazione di Carità*. — Al 31 genn., aiuto di chirurgia nell'Ospedale Civile; L. 5000, c.-v. e 20% sui proventi degli atti operativi; laurea da non meno di 1 e non più di 6 anni. Serv. nel termine che sarà indicato nella partecip. di nom. e in nessun caso oltre i 15 giorni.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; per Saturnia-Poggio-Capanne; ab. 1500; L. 9000 oltre lire 1000 indenn. resid., 10 trienni ventesimo, L. 2500 cav., due c.-v.

MARINO (*Roma*). — 2ª cond., 30 giorni dal 2 gen. L. 8000; addiz. L. 1.50 oltre 2000 pov.; doppio c.-v.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). – Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

MULAZZO (*Massa-Carrara*). — L. 6000 e 2 c.-v.; per trasp. L. 1500; 4 quinquenni dec. Pov. 400 su circa 3000 ab.; tariffa pei non pov. Serv. entro 15 giorni.

PERUGIA. — A tutto 31 gen., 3 cond. rurali; età limite 44; certific. d'idoneità fisica confermato da visita sanitaria ordinata dal Comune; elenco uffici ricoperti; L. 6000 e doppio c.-v., indenn. cav. da determinarsi annualmente; L. 300 ambulat.; L. 200 assicur. Docum. alla Segret. Gen.

PONTREMOLI (*Massa-Carrara*). — *Ospedale Civile*. Direttore e chirurgo; 100 letti, camere a pagam., gabinetto di radiol., chim.-microsc., bagni di luce, ecc.; L. 15,000 e proventi di tassa operatoria, di gabinetti, cure speciali, ecc. Scad. 15 febbraio. Servizio entro 20 g. Per informaz. e schiarim. rivolgersi alla Congreg. di Carità.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — Medico interno nell'Istituto « Preventorio Emilio Maraini » con la retribuzione mensile di L. 4000 oltre vitto e alloggio. Il concorso è per titoli *fra donne* laureate in medicina e chirurgia. Servizio entro sette giorni dalla comunicazione della nomina. Scad. 31 gennaio. Rivolgersi al Comitato Centrale, Ufficio II, via Toscana, 12 - Roma. (Vedi fasc. 3).

RESIA (*Udine*). — A tutto 31 gennaio; L. 7000 pov.; cavalc. L. 3000; per uff. san. L. 700; disag. resid. L. 1500; doppio c.-v.

SERRAUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 10 feb. Per 1000 pov. circa; L. 6500 e 5 quinquenni decimo, doppio c.-v.; L. 500 indenn. resid., L. 300 arm. farm. e quale uff. san. (*sic*), L. 3000 cav., L. 2 ogni povero oltre i 500.

TRAREGO (*Novara*). — Scad. 10 febbraio. Consorzio Trarego-Viggiota; abitanti 912; poveri 50. Lire 4000 lorde; assegno complementare L. 2200; uff. san. L. 500; indenn. alloggio L. 500; indenn. c.-v. L. 1200. Assunzione servizio entro 15 giorni.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Unione Cooperativa Biellese (Novara); Dovadola e Galeata (Firenze).

Revoca di diffide: Borgomanero (Novara).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Camillo Golgi è nominato dottore *honoris causa* della Università di Parigi.

Il prof. Tebaldo Cimino è nominato, in seguito a concorso, medico specialista urologo del servizio sanitario del Comune di Palermo.

NOTIZIE DIVERSE.

Per Guido Baccelli.

Il 10 corr. si è svolta in Roma una solenne cerimonia: sono state apposte due corone d'alloro alla lapide che ricorda la morte del sommo italiano; una di esse era offerta dal Comune, l'altra dal Comitato per le onoranze. Intervennero alla commemorazione le più alte autorità cittadine; era presente il figlio Alfredo. Parlarono l'assessore Liberati che rievocò le benemerenze del Baccelli e mostrò la necessità che in Roma sorgesse un degno ricordo, e il prof. V. Ascoli, che tratteggiò la multiforme figura del Maestro.

Diamo un breve sunto del discorso pronunziato dal prof. Ascoli:

«Non vestiti in gramaglia e con il sentimento del cordoglio per la dipartita della sua grande anima da noi....: ci sia consentito di rinunziare in questo momento alla dolce commozione della pietà. Altri doveri la realtà impone.

Nell'attuale vertiginoso mutare di eventi, sono bastati pochi anni perchè Guido Baccelli si transumanasse.

Egli non appartiene più a noi; appartiene alla storia, e nel profilarsi nella storia la Sua figura emerge sempre più alta e significativa. Per uno dei bruschi rivolgimenti del pensiero e delle opere che sono propri del secolo attuale, l'anima umana si è levata sdegnosa contro il materialismo, in cui il prevalere della forza bruta e del lavoro manuale minacciava di affogare la civiltà, ed ha affermato e provata la sua potenza. Le grandi intelligenze utilizzano le condizioni del momento per imprimere l'indirizzo del proprio spirito al mondo.

Dall'America all'Europa è oggi tutto un movimento per valorizzare l'individuo. L'Italia ha fatto forse la prima e più decisa applicazione alla politica di questo trionfante idealismo. La figura di Guido Baccelli emergente nel tempo serve a prova, a conferma della potenza dell'individualità. La sua complessa e singolare personalità sfugge a ogni giudizio reciso.

In medicina cominciò con ribellarsi al dottrinalismo filosofante ed affermò e provò la necessità dei dati positivi anatomici, della semeiologia analitica, ma di fronte all'esagerazione dello sperimentalismo e delle quisquilie sintomatologiche levò la voce potente in favore delle sintesi e delle indeclinabili leggi della logica.

Fu considerato un umanista, ma lo spirito umanistico non cristallizzò in sterili elucubrazioni, ma sviluppò in applicazioni pratiche di legislazione politica e sociale.

Ebbe le grandi idee direttive di un Uomo di Stato, ma non altrettanto il vigore, la malleabilità e la perseveranza per tradurle in pratica.

Fu glorificato come un romano, da chi antico, da chi moderno; ma la romanità era per lui la foggia cui doveva adattarsi la terza Italia per attingere la grandezza futura: traverso la romanità ei sentiva profondamente, passionatamente la Italianità.

In realtà ei possedeva in alto grado le virtù del cuore e della mente e contemperando l'antico col moderno nel suo genio multiforme della nostra razza, influì potentemente, come maestro, come cittadino, come uomo politico al rifiorimento di Roma e dell'Italia nelle arti, nelle scienze e nello sviluppo sociale.

La sua poliedrica figura va additata alle attuali e alle venture generazioni ad onore della stirpe ed esempio di magnanimità.

Nel momento attuale la rievocazione di Guido Baccelli è il doveroso omaggio ad uno dei più efficaci preparatori del contenuto spirituale dei tempi moderni».

VI Congresso della Società internazionale di Chirurgia.

È indetto a Londra dal 16 al 21 luglio 1923, sotto la presidenza di sir William Macewen, nei vasti e sontuosi locali della «Royal Medical Society». Diamo l'elenco dei temi di relazione e dei relatori:

I. *Siero- e vaccinoterapia delle infezioni chirurgiche (tetano eccettuato)*; relatore: L. Bazy (Parigi);

II. *Artroplastiche;* relatori: Mac Ausland (Boston), E.-W. Hey-Groves (Bristol), V. Putti (Bologna), Santy (Lione);

III. *Chirurgia delle glandole endocrine (tiroide eccettuata)*; relatori: H. Cushing (Boston), Lorthioir (Brusselle); per il timo: P. Sargent (Londra); per l'ipofisi: Veau (Parigi); per le capsule surrenali: Willems (Liegi);

IV. *Risultati remoti degli interventi per lesioni traumatiche dei nervi;* relatori: Frazier (Filadelfia), Gosset (Parigi), Verga (Pavia);

V. *Shock operatorio;* relatori: Crile (Cleveland), Quénu (Parigi), in collaborazione coi proff. Duval e Mocquot.

I delegati inglesi hanno già predisposto una serie di feste e di ricevimenti. Una mostra di pezzi anatomici di tumori delle glandole endocrine raccoglierà i campioni più interessanti di diversi musei anatomo-patologici.

Congresso tedesco di medicina interna.

Si terrà, sotto la presidenza del prof. K. T. Wenckenbach, a Vienna, dal 9 al 12 aprile. Tema all'ordine del giorno: 1° *L'encefalite letargica* (relatori v. Economo di Vienna e Nonne di Amburgo); 2° *L'ipertensione arteriosa* (relatori A. Durig di Vienna e Volhard di Halle). Le comunicazioni vanno dirette al prof. Wenckenbach, I Mediz. Klinik, Wien IX, Lazarettgasse 14.

Corso pratico di Clinica Oto-rino-laringologica.

Il 15 febbraio avrà inizio presso la R. Clinica Oto-rino-laringologica dell'Università di Napoli un corso pratico delle malattie dell'orecchio, naso e gola, per laureati in medicina e chirurgia. Esso avrà carattere eminentemente pratico e comprenderà una serie di lezioni cliniche e dimostrazioni di atti operativi, tenute dal Direttore prof. Gradenigo e dal personale assistente della Clinica. Durerà sino a tutto marzo; alla fine del corso verrà rilasciato, dietro esame, un diploma. Quota d'iscrizione L. 200, più L. 50 per tassa d'esami e diploma. Le domande d'iscrizione, in carta legale, accompagnate dalla quietanza del versamen-

to fatto presso l'Economato, vanno dirette al Direttore della Clinica «Ospedale Gesù e Maria», entro il 15 febbraio.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Un Corso teorico pratico bimestrale di perfezionamento in igiene per gli aspiranti al posto di Ufficiale sanitario, si inizierà il 4 aprile 1923 presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Pavia (Istituti Biologici).

A questo corso complementare sono ammessi coloro che abbiano ottenuta la laurea in Medicina e Chirurgia, od in Chimica e farmacia, od in Veterinaria.

Domande non oltre il 15 marzo. Per contributo alle spese d'insegnamento L. 300; per diritto di iscrizione L. 1; per bolli e diritti di diploma lire 5.90.

Corso di perfezionamento in Elettroterapia e Radiologia medica.

Il 1° febbraio p. v. avrà inizio il corso di perfezionamento in Elettroterapia e Radiologia medica presso l'Istituto di Elettroterapia e Radiologia dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I, con insegnamenti impartiti dai proff. Ghilarducci, Coleschi, Trabacchi e Attilj.

Inaugurazione dell'anno accademico a Napoli.

Si è compiuta solennemente, con l'intervento di molte autorità; parlarono il rettore Magnifico professor Miranda e il sen. prof. Leonardo Bianchi che pronunziò il discorso inaugurale rievocando la figura di Domenico Cotugno, di cui ricorre il centenario.

Concorsi universitari.

Il Ministro della P. I., on. Gentile, ha annullato gli atti dei concorsi alla Cattedra Clinica e Patologia medica nella R. Università di Sassari e alla Cattedra di Patologia speciale medica nella R. Università di Parma.

Consiglio Superiore della P. I.

Il Consiglio superiore della P. I. ha dato parere interlocutorio circa la proposta di modificare il regolamento della Facoltà di medicina; ha espresso parere favorevole circa il contributo dei laboratorii per le lauree miste in scienze; ha stabilito in esecuzione del quesito proposto dall'Istituto di odontoiatria e di protesi dentaria di Roma, il criterio della clinica; ha infine deliberato sull'incarico di materie facoltative.

Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è adunato in Roma in sessione ordinaria per l'esame e l'approvazione della nuova Tariffa dei Premi per l'assicurazione degli infortuni nelle industrie preordinata in relazione all'obbligo imposto dalla Legge 20 marzo 1921, n. 296, nuova Tariffa che era d'altronde richiesta anche da necessità tecniche, rimontando la precedente al 1904.

La nuova Tariffa che il Consiglio ha approvata è informata a criteri obiettivamente tecnici; andrà in vigore dal 1° gennaio 1923 e l'applicazione dei nuovi tassi di premio avverrà gradatamente, man mano che si effettui la rinnovazione dei contratti, con riferimento alle particolari condizioni di ambiente delle varie regioni e di vita delle industrie.

Soltanto la Cassa Nazionale Infortuni poteva informarsi a simili concetti liberali, forte della propria florida situazione finanziaria e perchè non preoccupata giova ripeterlo da ragioni di lucro.

Il Consiglio ha indi approvato il bilancio preventivo per l'esercizio 1923 e vagliati i risultati di gestione dei primi dieci mesi dell'anno 1922, rilevando il crescente incremento delle operazioni al quale ben corrisponde la vasta organizzazione decentrata dell'Istituto.

Il Consiglio ha infine approvato gli accordi intervenuti col Governo di Fiume, accordi da sottoporre a ratifica del nostro Governo, in forza dei quali l'assicurazione contro gli infortuni in quello Stato libero dovrà essere assunta, in regime di esclusività, dalla Cassa Nazionale Infortuni. La Cassa stessa, con alto senso di solidarietà nazionale, era fin dal maggio 1920 intervenuta provvedendo alla locale Cassa Fiumana per le Assicurazioni Operaie — la quale aveva proclamato la propria separazione dalla Cassa Regnicolare di Budapest, rimanendo quindi priva delle necessarie riserve — i mezzi finanziari occorrenti alla gestione dell'assicurazione infortuni.

Alte cariche amministrative affidate a medici.

Rileviamo con compiacimento che sono state affidate ad illustri rappresentanti della nostra classe due alte cariche amministrative: dalla fiducia del Governo quella di Commissario delle Ferrovie al dott. Edoardo Torre; dalla fiducia del corpo elettorale e della rappresentanza civica quella di sindaco della metropoli lombarda al sen. Luigi Mangiagalli.

Sappiamo che i due illustri sanitari porteranno, nell'espletamento delle nuove funzioni di cui sono investiti, la mente aperta, il giudizio equilibrato, la severa disciplina ed il rigore proprii degli studi biologici, in cui si sono formati.

***

Insieme al sen. Mangiagalli sono stati portati al Municipio di Milano, dalla rinnovata coscienza del corpo elettorale, i colleghi Arcelaschi, Bertazzoli e Cuzzi.

In onore dei quattro valorosi rappresentanti della famiglia medica «Il Medico Italiano» ha organizzato un banchetto tra i colleghi simpatizzanti.

Assegnazione di Borse di studio.

Per la Fondazione Luigi Mangiagalli sono state come segue assegnate le Borse di Studio per l'anno scolastico 1922-23: ai dottori A. Grisi e G. Ripa quelle di clinica ostetrico-ginecologica, al dott. N. Brazzola quella di anatomia clinica, al dott. G. Invernizzi quella della clinica delle malattie professionali.

Erratum. — Nel fasc. 2, pag. 56, la formula manca della linea orizzontale di divisione.

Una suora premiata.

Una simpatica e commovente cerimonia si è svolta nella Villa Barberini del Manicomio di Santa Maria della Pietà in Roma: la consegna alla Superiora delle Suore di S. Carlo di Nancy, suor Clara Dorget, della medaglia d'argento concessale per Decreto del Ministero dell'Interno come benemerita della Sanità pubblica.

Parlò il Presidente della Deputazione provinciale gr. uff. Pietro Baccelli, ricordando i meriti della festeggiata, che conta ora 80 anni e che è in servizio del Manicomio dal 1871; ella si è distinta sempre per attività, zelo e carità, prodigando tutta sè stessa nell'assistenza delle povere inferme. Seguirono il primario dott. Mochi, il prof. Mingazzini ed il Capofarmacista dott. Poce, ché esaltando le virtù della benemerita Suora, di cui da tanti anni sono quotidiani testimoni, le portarono il saluto del personale e la additarono come esempio di carità e di umiltà.

Beneficenza.

Il sig. Mauro Riva ha chiamato erede della cospicua sostanza il Comune di Lissone perchè la rendita sia in perpetuo usufruita pel funzionamento di un Ospedale in quell'importante centro industriale.

Nel pieno vigore della sua attività, a brevissima distanza dalla perdita della tanto amata sua consorte, si è spento in Roma il comm. avv. ALBERTO VIGO, noto ai nostri lettori e da essi apprezzato a traverso il pseudonimo di *Doctor Justitia*.

Era nato a Napoli 64 anni or sono. Laureatosi in legge aveva abbracciato e percorso rapidamente e brillantemente la carriera di Prefettura, raggiungendo il grado di sottoprefetto, funzione disimpegnata in varii dei più importanti centri di Italia (nelle Puglie, nelle Calabrie, in Terra di Lavoro, nell'Umbria e nel Lazio) ove principalmente occorrevano azione e mente equilibrate quali l'avv. Vigo possedeva.

Da alcuni anni le Sue aspirazioni del ritorno definitivo alla capitale erano state accolte; ma, sebbene avesse diritto ad un meritato riposo, Egli era stato trattenuto in servizio al Ministero degli Interni quale alto funzionario in una delle più importanti Divisioni.

A favore del nostro periodico, l'avv. Vigo ha compiuto opera validissima e coscenziosa di consulente legale, prodigando la Sua esperienza ed il Suo sapere ai nostri lettori, con loro completo sodisfacimento.

Gli articoli che di tempo in tempo Egli redigeva, erano impostati con fine criterio e compenetrati di senso giuridico, lucidi, precisi; Egli prospettava con sicurezza le Sue tesi; scrutava a fondo i problemi che imprendeva a trattare.

Nella Sua opera *La Legislazione Sanitaria in rapporto all'esercizio professionale,* che recentemente scrisse in seguito alle insistenti sollecitazioni dei lettori del «Policlinico», il Vigo ha condensato la vasta dottrina giuridica da Lui accumulata nel campo sanitario, la Sua ricca esperienza di consulente. Il lavoro è redatto con perspicacia di spirito e di forma ed ha riscosso il generale consenso dei medici italiani.

La morte del *Doctor Justitia* priva il nostro giornale di una collaborazione efficace, che dovrà essere rimpiazzata.

Con animo commosso la famiglia del *Policlinico* manda un mesto, affettuoso saluto alla Sua memoria.

Indice alfabetico per materie.

Alluce valgo: cura chirurgica . . . . *Pag.* 120
Bibliografia . . . . » 122
Cassa Pensioni dei Sanitari: per la — » 132
Consiglio Superiore di Sanità . . . . » 131
Corpi intraoculari: localizzazione ed estrazione . . . . » 129
Dermatologia e sifilografia: congresso . » 124
Dismenorrea: trattamento . . . . » 128
Empiema toracico: incisione declive . . » 105
Encefalite letargica a sindrome parkinsoniana acuta con esito in guarigione . » 108
Erosioni dei capezzoli: trattamento . . » 129
Immunizzazione attiva con tossina-antitossina difterica . . . . . . » 130
Infezioni puerperali: diagnosi differenziale . . . . *Pag.* 127
Malattie senza prognosi . . . . . » 130
Mastite acuta suppurata: trattamento . » 128
Medicina legale: comunicazioni varie . » 125
Pneumotorace e cambiamento di altitudine . . . . » 118
Polineurite: la — . . . . » 117
Rachianestesie ed anestesie locali: contributo clinico-statistico . . . . » 111
Secrezione lattea e dieta . . . . . » 129
Ufficio internazionale d'Igiene pubblica » 131
Utero: frequenza e significato clinico degli spostamenti . . . . . . » 128

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 29 Gennaio 1923 Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: G. Baggio: Scialoadenite cronica fibrosa della sottomascellare da arista da grano. — G. Bilancioni: Mastoiditi primitive influenzali.
Conferenze: S. A. Knopf: Un coadiuvante fisiologico alla cura del riposo nella tubercolosi dei polmoni.
Sunti e rassegne: MEDICINA. Cramer, Bickel: Su la guaribilità della meningite tubercolare. — CHIRURGIA: Oppenheimer: Un caso di paresi vescicale tabetica guarito operativamente. — Wynne: Stenosi uretrale nella donna.
Cenni bibliografici
Accademie, Società mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Roma. — Società Medica Chirurgica di Bologna.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Segni precoci di rachitide. — La luce nella profilassi e nella cura della rachitide. — La prognosi nel morbillo. — Alcune osservazioni sulla malaria infantile. — La pubertà precoce nell'encefalite epidemica. — SEMEIOTICA: Come esaminare un riflesso. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Influenza ed encefalite sperimentale. — VARIA: Clorofilla ed emoglobina.
Politica sanitaria e giurisprudenza.
Nella vita professionale: COLTURA SUPERIORE: L'odierna crisi della produzione scientifica ed il riordinamento degli Istituti Superiori. — Assistenza sanitaria. — Cronaca del movimento professionale. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Pei congedati malarici. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
La rubrica dell'Amministrazione: Giudizi e auguri dei lettori.
Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVER. DI ROMA
diretta dal prof. R. ALESSANDRI.

Scialoadenite cronica fibrosa della sottomascellare da arista di grano.

Dott. GINO BAGGIO, aiuto.

Le infiammazioni croniche produttive da corpo estraneo costituiscono un reperto anatomo-patologico, ed anche clinico, ben conosciuto.

Spesso nel centro del focolaio flogistico, in immediato contatto col corpo estraneo si trova qualche goccia di pus. Talvolta anche questa manca. In un caso e nell'altro la reazione connettivale proliferativa costituisce il fatto predominante, ed è tale da mascherare la flogosi con le parvenze del neoplasma. Tanto che queste produzioni flogistiche sono dette di solito: *tumori* flogistici; denominazione non meno impropria che espressiva.

Ne furono riscontrati nelle più svariate parti del corpo, ed io stesso ne ho illustrato in passato un caso a localizzazione pericolica, che era stato operato dal prof. Alessandri al III padiglione del Policlinico con la diagnosi di sarcoma. Resecato il colon e spaccato il pezzo, era stato creduto ancora di aver a che fare con un vero tumore, ma poi fu trovata in mezzo alla tumefazione una lisca di pesce che ne rivelò la natura infiammatoria: e il microscopio la confermò. Verosimilmente, la lisca era migrata dall'intestino.

Oggi m'è capitato un caso dello stesso gene-

re in cui interessata era la ghiandola sottomascellare.

La diagnosi clinica non fu fatta. E non già perchè ne mancassero gli elementi o perchè non la si fosse presa in considerazione; ma perchè in luogo di accettare una evenienza di estrema rarità, basata quasi esclusivamente su un dato anamnestico non controllabile, si preferì seguire il criterio delle eventualità più frequenti.

Si trattava di un giovane di 23 anni, senza precedenti ereditarii e con l'anamnesi lontana di una pleurite.

Quanto all'anamnesi prossima, raccontava che 8 mesi addietro, mentre rigirava in bocca una arista di grano, la sentì conficcarsi nella parte posteriore del pavimento orale, a sinistra della lingua, e non potè ritrovarla più. L'indomani, e per un paio di giorni ancora, ebbe un gonfiore diffuso della guancia sinistra e della parte alta corrispondente del collo, poi tutto scomparve e gli rimase soltanto una ghiandolina grossa come una nocciuola nella regione sottomascellare dello stesso lato. La ghiandolina sarebbe rimasta così per tre mesi circa, poi prese ad ingrossare, senza dargli altro disturbo che quello, saltuario, di una specie di puntura profonda.

Ricoverato in un luogo di cura prima di venire da noi, il paziente era stato trattato con ioduro di potassio per bocca, e la tumefazione era regredita alquanto. Non ebbe mai febbre.

Quando entrò in clinica, il 24 febbraio 1922, presentava nella regione sottomascellare sinistra un'intumescenza grande quanto un uovo di piccione, ricoperta da cute normale, a superficie lievemente nodosa e a consistenza uniformemente durofibrosa, abbastanza delimitata, spostabile sui tessuti profondi e dalla pelle, poco dolente alla pressione, non calda. Talvolta diceva ancora il malato di avere alla pressione il senso di puntura, ma il fenomeno non era bene localizzato, ed egli stesso non ne pareva molto sicuro. In intima connessione con l'intumescenza si palpavano dei gangli linfatici grossi come chicchi di granturco, lisci, alquanto più molli dell'intumescenza stessa e non dolenti. Dalla bocca la tumefazione si avvertiva come addossata al pavimento, ma non si vedeva nè si palpava in questo anormalità alcuna. All'esame generale non c'era nulla di particolare; la temperatura era normale.

L'anamnesi era suggestiva. Obbiettivamente si aveva a che fare con una tumefazione che per la sede poteva essere a carico della ghiandola sottomascellare come dei gangli linfatici della regione fusi tra di loro.

A studenti cui feci vedere l'ammalato io dissi:

Tumore non pare che sia se ebbe una regressione apprezzabile di volume a seguito di una semplice cura jodica; e se tumore non è, non può essere che un prodotto flogistico cronico. Il dato anamnestico del corpo estraneo ci deve tener presente la possibilità di una flogosi semplice. Il corpo estraneo potrebbe essere incluso nell'intumescenza ed esserne la causa. Allora, l'ipotesi più verosimile sarebbe che l'intumescenza fosse formata dalla ghiandola sottomascellare, come quella che più è a immediato contatto del pavimento orale e nella quale più direttamente può il corpo estraneo essere migrato. Se la tumefazione, invece che dalla ghiandola salivare (più o meno totalmente) fosse formata soltanto da gangli linfatici, questi — nell'ipotesi patogenetica del corpo estraneo — dovrebbero rappresentare il fenomeno consensuale di una flogosi che il corpo estraneo sostiene altrove, e in tal caso la sua sede mi sfugge.

Una diagnosi aggirantesi su quest'idea della flogosi semplice da corpo estraneo mi pareva molto ardita. D'altra parte (non nego) i caratteri della tumefazione mi facevano pensare più insistentemente ad un processo patologico che avesse invaso già e conglobato alcuni gangli linfatici, mentre ora faceva risentire la sua presenza sugli altri vicini: anche per il fatto che dal pavimento della bocca palpavo davanti alla tumefazione una resistenza simile a quella di destra che mi pareva ghiandola salivare normale, e ne era invece (come riconobbi all'operazione) il solo prolungamento anteriore. Cosicchè passò con troppo poca importanza il senso di puntura che figurava, sia nell'anamnesi che nell'esame obbiettivo, passò riferito più ad una suggestione che ad altro, e fu creato troppo adito invece alla considerazione della semplice coincidenza di fattori.

Anche la possibilità di una infezione actinomicotica, la cui idea si associa tanto naturalmente al particolare della spiga di grano, sembrava poco attendibile: sia per la netta delimitazione del supposto focolaio, sia per la sua consistenza uniformemente fibrosa senza rammollimenti di sorta. La forma circoscritta dell'actinomicosi avrebbe potuto far pensare alla localizzazione primitiva nella sottomascellare, ma allora saremmo ritornati al meccanismo dell'immigrazione diretta del corpo estraneo, il quale avrebbe spiegato tutto anche senza actinomices. Difatti, l'altra via per

la quale si crede di dover ammettere che possa compiersi la rara infezione actinomicotica primitiva della sottomascellare (Lenormant). — la via del Wharton — avrebbe dovuto presentare il dotto stesso più o meno alterato, mentre (come dissi) da parte della bocca tutto era normalissimo.

Una diagnosi di cui sia persuaso (continuavo nella mia disamina del malato) non la so fare. Più facile essa mi riescirebbe non tenendo conto dell'anamnesi, perchè in tal caso ammetterei una linfoadenite cronica t. b. c., la quale, oltre ad essere un'evenienza assai frequente, starebbe in accordo col passato lontano del malato e potrebbe trovare riscontro anche nel recente beneficio della cura iodica. Ma per concludere in questo modo bisogna sacrificare una parte molto importante della storia clinica e bisogna ancora giustificare il carattere della speciale durezza dell'intumescenza col qualificativo di linfoadenite tubercolare fibrosa.

In casi simili, meglio rinunciare al proposito della diagnosi, e mirare soltanto alla sua finalità, che è la cura. Si tratti d'infiammazione cronica semplice o di infiammazione cronica specifica, data la sede e la limitazione dell'intumescenza, può essere giovevole egualmente di asportarla, e questa è la sola conclusione sicura alla quale mi pare che si possa venire, nell'interesse del malato e anche della scienza.

All'operazione, l'intumescenza si diffondeva più o meno intimamente verso tessuti sani, e siccome a un dato momento riconobbi nelle sue parti estreme il tessuto di ghiandola salivare apparentemente inalterato, tanto più mi confermai nell'interpretazione di un fatto infiammatorio che si svolgesse nei gangli linfatici e coinvolgesse per aderenze la sottomascellare.

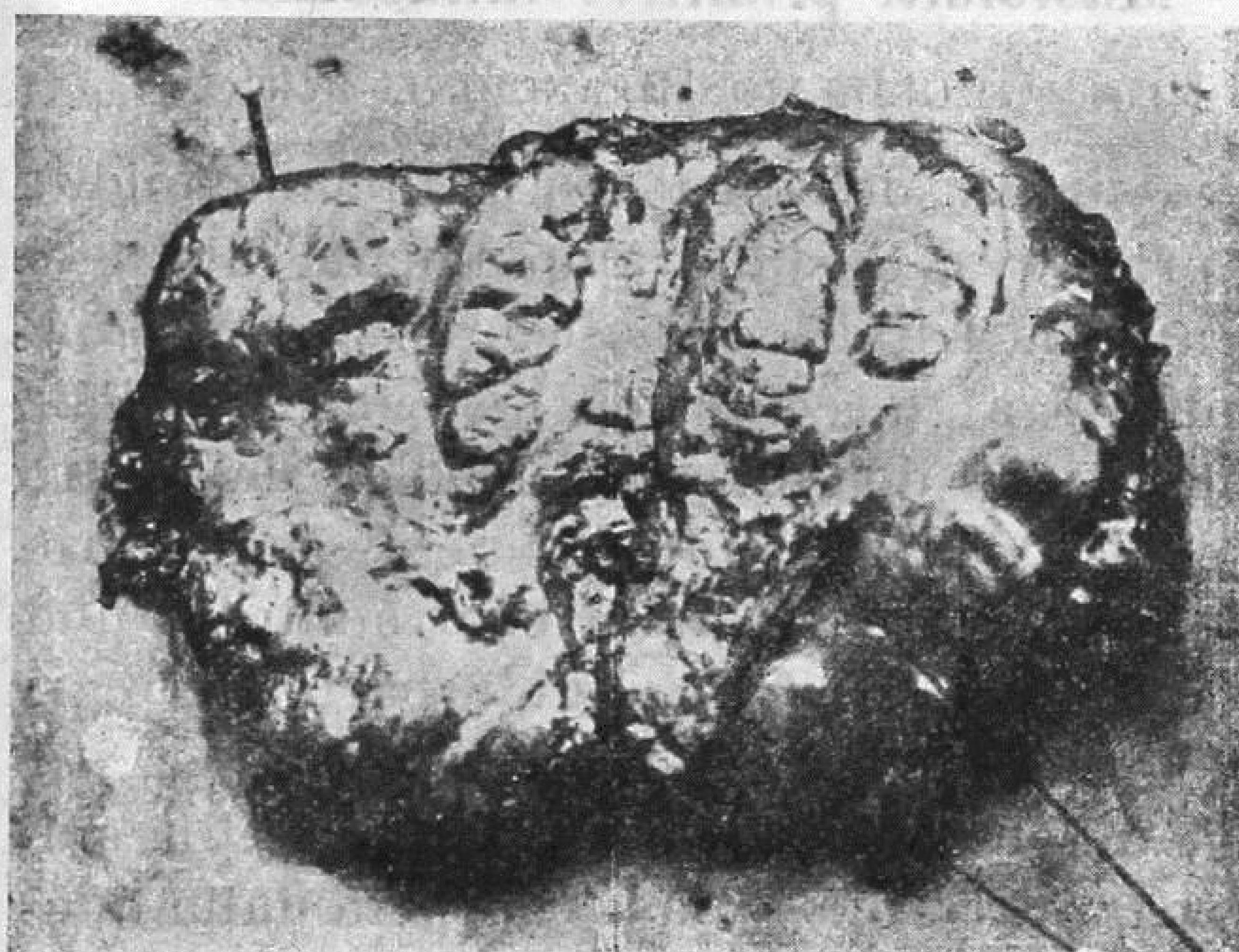
La sezione del pezzo anatomico dimostrò invece che tutto era a carico della sola ghiandola salivare. I gangli asportati con essa erano quei pochi leggermente ingrossati che già erano stati identificati all'esame obiettivo, e causa della tumefazione della ghiandola appariva la non creduta arista che le stava conficcata nel mezzo, senza una goccia di pus, senza il minimo rammollimento immaginabile, e che per combinazione fu messa in evidenza al primo taglio.

Il microscopio confermò poi il valore di quella causa, facendo vedere (come già s'era riconosciuto macroscopicamente) una semplice flogosi sclerosante.

Ora, i tumori flogistici delle glandule salivari, e specialmente della sottomascellare, non costituiscono più un reperto nuovo. Sono noti in particolar modo per opera di Küttner, di Scalone, e di Cevario, e sono ricordati anche nei trattati generali. Ma si parla comunemente di infiammazioni micotiche associate o meno a calcolosi salivare.

Quanto a penetrazione di corpi estranei, se ne legge pure, e anche come di fatto non infrequente; ma in quanto il corpo estraneo rappresenta il veicolo di un'infezione che fa poi il suo corso per conto suo: ed è di solito dal Wharton che vi penetra.

Il caso mio ha invece questo particolare in-



teresse dal punto di vista dell'anatomia patologica: che il corpo estraneo s'era infitto nello spessore della ghiandola attraversandone direttamente il tessuto. E il dettaglio anamnestico che il malato l'aveva sentito conficcarsi nel pavimento orale verso l'indietro, il gonfiore notevole che ne era seguito al collo, e la mancanza di alterazioni da parte della cavità boccale, sia in primo che in secondo tempo, armonizzavano perfettamente col reperto anatomico. Inoltre la flogosi aveva carattere prettamente ed esclusivamente proliferativo, sclerosante.

Non soltanto tumore flogistico, adunque, ma vero e proprio tumore flogistico da *corpo estraneo*. E se io preferisco dirla *scioloadenite cronica fibrosa* anzichè tumore flogistico, è semplicemente per rispettare (come ebbi a scrivere altra volta) il concetto anatomo-patologico anche nelle parole.

Altri casi di questo genere non so che siano stati illustrati.

Per cui il mio costituisce una rarità.

Si può concludere anzi che a questo solo fatto della rarità si riduca tutto il suo valore.

Ma anche per esso solo mi parve che meritasse la spesa di queste poche paginette.

BIBLIOGRAFIA.

BAGGIO. Policlinico, Sez. Chir., 1915.
CEVARIO. Gazzetta degli Ospedali, 1920.
ID. Policlinico, Sez. Chir., 1921.
KÜTTNER. B. z. Kl. Ch., XV.
LENORMANT. La Presse méd., 1913.
SCALONE. La Clin. Chir., 1911.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. G. FERRERI.

Mastoiditi primitive influenzali.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI, aiuto.

La possibilità dell'esistenza di una mastoidite vera primitiva è stata ampiamente discussa dagli autori. Tutte le conoscenze che possediamo intorno al meccanismo patogenetico delle infiammazioni dell'orecchio medio, dell'antro mastoideo e dei gruppi di cellule ossee del processo mammillare stanno a contraddire a una tale possibilità. Nella maggior parte dei casi infatti l'infezione ascende dal naso-faringe, *per tubam*, all'orecchio medio; e l'otite media purulenta rappresenta la fase consueta dalla quale può poi svolgersi la mastoidite della stessa natura. Una certa partecipazione delle cavità mastoidee avverrebbe anzi sempre durante la flogosi della cassa timpanica, dati i rapporti anatomici ben noti di vicinanza.

Pure vi sono dei casi, osservati in tutto il loro decorso e sin dai primi inizi, in cui manca ogni segno di flogosi a carico dell'orecchio medio e tutti i fenomeni si svolgono a carico della regione retroauricolare. Durante la recente ripresa della influenza, nell'inverno scorso, ho avuto agio di osservarne cinque casi tipici, in cui alla localizzazione grippale a carico delle prime vie respiratorie — talora limitata a una rino-faringite semplice — si complicò una mastoidite vera e propria, che in quattro casi risolse con le cure mediche, in un quarto dovette essere operata.

In un primo si trattava di una giovane di 23 anni, T. Ninita, da Iglesias, già sofferente per rinite ipertrofica e modica otite media catarrale; durante un attacco influenzale tipico, notò dolorabilità viva dietro il padiglione dell'orecchio sinistro, con crisi di accentuazione e qualche elevazione di temperatura. Nell'interno dell'orecchio ebbe qualche fitta dolorosa, ma ben presto tutte le sofferenze si sono portate all'esterno, in corrispondenza della regione mastoidea. Udito ottuso.

All'esame obiettivo si veggono le consuete note della osteoperiostite della mastoide, con dolore vivo sulla proiezione dell'antro e del seno trasverso. Nessuna reazione flogistica nella cassa timpanica, integra la membrana, per colorito, trasparenza, luminosità. Dopo una settimana di cure locali intense (impacchi caldo-umidi, instillazioni di boroglicerina fenicata nel condotto, disinfezione delle vie nasali) la mastoidite è scomparsa.

Più protratto fu il decorso in una giovane di 32 anni, Anna Fr., da Arsoli, che non era mai stata ammalata d'orecchio. Un fratello ebbe pleurite essudativa tubercolare. Nel decorso di una influenza a carico delle prime respiratorie fu colta da dolori violenti alla regione mastoidea sinistra, accompagnati da tumefazione, dolori alla pressione nei punti classici, limitazione dei movimenti del capo sul collo, febbre subcontinua. Esame dell'orecchio medio assolutamente negativo, eccetto una modica iperemia della membrana timpanica in alto e nella zona del condotto presso il muro della loggetta degli ossicini.

La mastoidite si protrasse per tre settimane e quindi risolse.

Altri due casi analoghi ebbi, in una vecchia di 64 anni; e un altro in un contadino di 56, nel quale si dovette intervenire con la mastoidotomia, e nel quale si trovarono i segni di una osteomielite purulenta acuta mammillare, con forte congestione di tutto l'osso.

Degno di interesse è il caso seguente: M. Mario, di anni 13, da Roma, convittore. Non ricorda di aver sofferto gli esantemi dell'infanzia nè altra malattia degna di rilievo. È stato sempre piuttosto gracile. Entra in Clinica il 27 dicembre 1921; cinque giorni avanti, essendo raffreddato da circa una settimana, cominciò ad avvertire lieve dolorabilità spontanea nella regione retromastoidea di destra e al collo, dallo stesso lato. Ebbe febbre irregolare, malessere generale. Il dolore andò aumentando progressivamente, la febbre si fece continua, intorno a 40°. In tali condizioni viene ammesso in Clinica; nulla si rileva a carico degli organi interni, eccetto un catarro bronchiale diffuso acuto ai lobi superiori dei polmoni.

A destra il solco retro auricolare è ridotto per tumefazione ed edema della regione mastoidea; la cute che la ricopre è arrossata. Alla pressione e alla percussione si provoca violento dolore su tutta la mastoide e in alto, sulla regione parietale, che appare anch'essa leggermente tumefatta.

I movimenti attivi e passivi del collo sono tutti possibili, ma il paziente li compie con lentezza, ad evitare il dolore, che si accentua nella rotazione del capo verso sinistra e nella estensione in dietro.

Esame otoscopico: membrana timpanica integra in tutto il suo ambito, di colorito e lucentezza normali. Il triangolo luminoso è forse un poco ridotto. Non iperemia dei vasi lungo il manico del martello.

Dato lo stato settico grave e le sofferenze del paziente, si decide per l'intervento; si somministra un purgante salino e si fanno di continuo impacchi caldo-umidi. Il dì seguente i fenomeni generali e locali rimettono alquanto, così che si soprassiede all'intervento, che si dimostra poi non necessario dato il progressivo miglioramento e la guarigione dell'infermo.

In tutti questi casi non vi è dubbio che si sia avuta una mastoidite ad andamento più o meno tumultuoso, legata all'infezione grippale e senza alcun segno di flogosi a carico dell'orecchio medio. Possiamo pensare col Cagnola che le condizioni generali di solito scadenti di questi infermi valgano a spiegare un decorso così insolito dell'infiammazione dell'organo acustico e delle sue cavità accessorie.

Lubet-Barbon riporta sei osservazioni di ascessi mastoidei senza suppurazione della cassa, che presentarono dei segni comuni nella loro evoluzione e delle particolarità anatomiche interessanti. Il decorso fu lento. Inizio sovente bilaterale per raffreddamenti o dopo influenza; poi localizzazione da un lato; turbe d'udito, rumori. Dopo circa tre mesi una recrudescenza e una localizzazione più netta nella mastoide, formazione di una raccolta purulenta. Alla trapanazione l'antro si trovò sano, appena qualche granulazione; le cellule della punta erano piene di pus. In casi consimili si dovrà sempre demolire la punta della mastoide.

L'A. ritiene, fondandosi sul modo comune di origine, che siano sempre di origine faringea. La loro evoluzione torpida e insidiosa può, se non interviene cura razionale, produrre complicanze, ascessi per congestione, ascessi intracranici, accidenti settici generali.

Brieger nota che le mastoiditi primitive sono rare. Per quanto riguarda l'osteomielite acuta infettiva, se tale affezione può cogliere le ossa del capo, non v'è ragione per negare *a priori* che possa localizzarsi nel temporale. Egli vide dei casi in cui la diagnosi di osteomielite acuta della mostoide doveva farsi con sicurezza, per quanto può essere considerata sicura una diagnosi basata su dati clinici.

Un uomo ammalò acutamente con febbre, brividi e dolori alla mastoide; non si notava alcuna lesione a carico dell'orecchio medio. Solo dopo circa 10 giorni apparvero sintomi di partecipazione della cassa timpanica. Dopo tre mesi si svolse un ascesso secondario ai muscoli del collo con formazione di un voluminoso sequestro.

Dal punto di vista pratico in tali mastoiditi di Bezold non si deve limitare l'intervento ad aprire la cavità mastoidea, ma ricercare se esista un sequestro.

Specialmente nel tifo e nell'influenza l'osteite della mastoide può essere primitiva. Kuhn tentò anche di stabilire l'esistenza di una mastoidite diabetica: ma non è ammessa, altro che pensando ad una predisposizione locale, specie verso i piogeni, data dal fatto generale discrasico.

La tubercolosi primitiva della mastoide è stata affermata da Küster un po' troppo facilmente: la dimostrazione della natura tubercolare è difficile anche con il mezzo delle inoculazioni. Gli animali inoculati con i prodotti morbosi muoiono d'ordinario di processi piogenici.

BIBLIOGRAFIA.

C. R. Aquew. *Inflammation of the mastoid without demonstrable inflammation of the middle ear; incision; recovery, with fistulous communication between the mastoid cells and the external auditory canal.* Arch. Otol., 1879, VIII, 68-70.

S. C. Ayres. *Primary mastoid periostitis.* Arch. Otol., New-York, 1890, XIX, 95-8.

O. Brieger. *Sur l'existence d'une osteite primitive de l'apophyse mastoïde.* V Congr. int. di otologia, Firenze, 23-26 sett. 1895, ib., 1897, 73.

C. H. Burnett. *A case of primary external inflammation of the mastoid.* Arch. otol., New York, 1880, IX, 145.

A. Cagnola. *Le mastoiditi primitive.* Annali di laring. ed otol., 1900, 283.

A. Canepele. *Le algie mastoidee.* Atti del XIV Congr. della Soc. ital. di Laring., ecc., 1911, 259.

J. Dunn. *A case of primary acute purulent inflammation of the mastoid cells, involving neither the middle ear nor the mastoid antrum.* Arch. Otol., New York, 1902, XXXI, 178-180.

J. F. Fulton. *Acute primary inflammation in the mastoid cells.* Trans. IX Intern. Med. Congr., Washington, 1887, III, 825-7.

S. Giumani. *Sopra un caso di mastoidite purulenta primitiva.* Annali di laring. ed otologia, IV, 1903, 104.

S. Hasbrouck. *Primary acute inflammation of the external mastoid region.* Jour. Ophthal., Otol. and Laryng., 1891, III, 121-5.

R. Hang. *Beiträge zur operativen Casuistik ber dei tuberculose und Morbillen auftretenden Warzenfortsatzerkrankungen. — Primäre centrale Tuberculose des Warzenfortsatzes, im Aufange eine Neuralgie vortäuschend.* Arch. für Ohrenheilkunde, 1892, XXXIII, 164.

T. Heiman. *De l'inflammation primitive de l'apophyse mastoïde.* Intern. Otol. Congr. Trans., 1899, London, 1900, VI, 208-217.

M. Knapp. *Primary acute periostitis of both mastoid processes.* Rap. Congr. inter. Otol. Soc., 1876, New York, 1877, 80-5. — *Ein Fall primärer Tuberculose des Warzenfortsatzes.* Zeitschr. f. Ohrenheilk., 1894, XXVI, 2-3.

G. Krepuska. *Osteitis mastoidea sine otitide.* Orvopi betil, Budapest, 1898, XIII, 309.

C. Lenhardt. *Sur un cas de mastoïdite sans otite.* Rev. hebd. de laryng., 1901, II, 33-6.

Lévi. *L'ostéo-périostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes.* Congr. inter. d'otol. et de laryng., 1889, 32-42.

Lubet-Barbon. *Des abcès mastoïdiennes sans suppuration de la caisse.* Revue int. de Laryng., d'otol., etc., 1896, VI, 387-9.

C. Poli. *Vie e modi di diffusione dell'infezione timpano-mastoidea.* Atti Congr. della Soc.

ital. di laring., ecc., 1899, Empoli, 1900, 283-292.
D. ROY. *Primary inflammation and abscess of the mastoid; report of case.* Jour. Am. Méd. Assoc., Chicago, 1896, XXVII, 572-4.
H. SCHAAF. *Ueber primäre Erkrankungen des Warzenfortsatzes.* Bonn, 1891.
E. F. SNYDACKER. *In regard to a case of primary acute purulent inflammation of the mastoid cells, involving weither the middle ear nor the mastoid antrum.* Arch. Otol., 1902, XXXI, 378.
S. SZENES. *Ein Fall von primaerer Subperiostititis abscedens processus mastoidei.* Pest. med.-chir. Presse, Budapest, 1893, XXIX, 591.
J. TOUBERT. *Deux cas de mastoïdite dite primitive.* Arch. int. de laryng., 1900, XIII, 384-391.
C. WILLIAMS. *A case of primary periostitis of the mastoid.* Arch. Otol., 1884, XIII, 22.

CONFERENZE.

Un coadiuvante fisiologico alla cura del riposo nella tubercolosi dei polmoni. (*)

Prof. S. ADOLPHUS KNOPF, dottore delle Facoltà Médiche di New York e Parigi, Consulente in capo per la tubercolosi nell'Ospedale dei Veterani di Guerra, n. 61, Fox Hills, New York (**).

(Traduzione del Dr. L. Achard, ex medico in capo del Sea View Hospital per i tubercolotici della città di New York).

Fin da quando Dettweiler (1) introdusse la cura del riposo in una sedia a sdraio all'aria aperta come mezzo di ottenere la guarigione della tubercolosi dei polmoni, l'idea dell'esercizio all'aria aperta come misura terapeutica è stata abbandonata dalla maggioranza dei medici. Negli ultimi anni parecchi clinici, ed in questo paese specialmente il fu Charles Denison (2) e Norman Bridge (3) ed Henry Sewall (4) hanno cercato di aggiungere al riposo generale del corpo una limitazione locale dei movimenti respiratorii. Questo metodo fu dapprima provato con l'aiuto di semplici strisce di cerotto adesivo circondanti il torace. In una comunicazione molto interessante su questo soggetto di Sewall e Svezey, la quale apparve nella « American Review of Tuberculosis » del settembre 1921, è descritta una ingegnosa cintura con la quale le escursioni respiratorie vengono limitate. Secondo questi autori i risultati furono sorprendentemente favorevoli, considerando il fatto che gli ammalati sottoposti al trattamento erano in uno stadio avanzato, e non avevano risposto bene ai metodi abituali di cura.

Naturalmente questo tentativo di limitare i movimenti respiratori allo scopo di dare un riposo locale al polmone, non può esser paragonato ai risultati ottenuti da un ben riuscito pneumotorace artificiale, nel quale il polmone affetto è completamente compresso, ed è, per così dire, posto fuori di funzione. È stato scritto tanto sui risultati del pneumotorace artificiale negli stadii precoci, moderatamente avanzati, o molto avanzati, che sarebbe superfluo il dare qui qualunque statistica in proposito. Noi tutti sappiamo che vi è un vasto divario di opinioni riguardo l'utilità del pneumotorace artificiale, particolarmente negli stadii iniziali, e tutti sappiamo che a causa delle aderenze pleuriche, il numero di casi di tubercolosi dei polmoni in stadio avanzato suscettibili dell'operazione è finora molto limitato.

L'ultimo trovato di Jacobaeus di Stocolma (5) il quale, con l'aiuto del toracoscopio o di un lungo cauterio inserito in una cannula, rompe le aderenze pleuriche, può aiutare a diminuire il numero dei casi, i quali finora sono stati considerati non favorevoli per il pneumotorace artificiale. Alcuni sperimentatori francesi si sono perfino serviti di un bisturi ben protetto per tagliare le aderenze. Operazioni toracoplastiche potranno forse essere tentate più frequentemente nell'avvenire a misura che l'operazione sarà più perfezionata. Naturalmente i due ultimi procedimenti devono essere considerati più o meno pericolosi. Nel tagliare col bisturi o anche con l'elettrocauterio le membrane pleuriche, vi sarà sempre la possibilità di incontrare aderenze molto vascolarizzate o talmente estese da esservi il pericolo di emorragia o di rottura del polmone. L'operazione toracoplastica ha dato finora una mortalità piuttosto elevata, anche nelle mani di un chirurgo così valente come Archibald (6), in modo che essa deve essere limitata a pochissimi casi.

Ad ogni modo tutte le misure testè descritte sembrano avere un solo scopo in vista, e cioè quello di limitare o di sopprimere completamente i movimenti respiratorii del polmone ammalato. Dall'osservazione della vita degli animali e dallo studio della fisiologia comparata (7) mi è venuta l'idea che gli animali i quali respirano lentamente sembrano essere quelli che vivono più a lungo. Il coniglio, che è uno di quelli più suscettibili alla tubercolosi, specialmente all'inoculazione del tipo bovino, respira 55 volte al minuto; la cavia adulta 80 volte; la cavia giovane 140 volte al mi-

(*) Letto davanti al gruppo dei medici per la tubercolosi dell'ospedale dei Veterani degli S. U. n. 61, Fox Hills, N. Y., il 16 marzo 1922; e davanti la Sezione Clinica dell'Associazione Nazionale per la tubercolosi nella sua riunione in Washington 6 maggio 1922.

(**) Pubblicazione approvata dal generale medico del Servizio di Sanità Pubblica degli Stati Uniti.

nuto. È ben noto che la cavia è molto suscettibile ai due tipi di tubercolosi. Il cavallo, il quale di tutti gli animali domestici è il meno suscettibile alla tubercolosi, respira solamente da 8 a 10 volte al minuto quando è in riposo, mentre la vacca, un animale che contrae molto facilmente la tubercolosi, da 15 a 30 volte. L'animale il quale vive forse più a lungo è la tartaruga, e le sue respirazioni al minuto sono tanto poche, da essere appena percettibili. La sua resistenza alla tubercolosi umana inspirò Friedmann a preparare il suo vaccino, il quale purtroppo finora non ha dato quello che l'inventore pretende.

Ora se, in accordo con quanto precede, l'animale che respira lentamente è il meno suscettibile all'invasione della tubercolosi, se un polmone invaso dalla tubercolosi trova un beneficio nella restrizione dei suoi movimenti respiratorii per mezzo di pressione esterna o da un completo arresto della funzione per mezzo di un tampone d'aria (pneumotorace artificiale) o della compressione delle ossa, perchè la limitazione dei movimenti respiratorii e la riduzione del loro numero per mezzo di uno sforzo volontario non dovrebbe essere egualmente utile come coadiuvante nella cura della tubercolosi dei polmoni? Ho fatto l'esperimento prima su di me stesso, e sono stato capace di ridurre i miei respiri a 8.6 e anche, qualche volta, a 5 al minuto senza alcun disturbo. Ho raccomandato di fare questo a pochi dei miei ammalati in varii stadii della malattia, e fui sorpreso di constatare come essi potessero facilmente abituarsi a ridurre i loro movimenti respiratorii da 24 e 30 al minuto, a 10, 8 e 6, e farlo gradatamente da mezz'ora a un'ora per volta, e per parecchie volte al giorno.

Per quanto ho potuto finora constatare gli ammalati non hanno ricevuto alcun disturbo da tali esercizii: essi si sono invece sentiti meglio e la loro condizione generale, come del pari le loro lesioni locali, sono migliorate in modo notevole. Un ammalato mi confidò che, dopo aver limitato il numero dei suoi movimenti respiratorii, egli sentiva un desiderio intenso di fare un respiro profondo. Essendogli stato detto di non farlo, egli ne provava un gran disturbo. Io gli dissi che la prossima volta che egli sentisse il desiderio di fare un respiro profondo, non esitasse e seguire questo suo desderio, ma in ogni altro tempo, quando non faceva la respirazione diaframmatica, di contentarsi di fare dei respiri il più possibile tranquilli e superficiali. Dopo che l'ammalato si fu esercitato per poche ore, anche se non di seguito, nel lento respiro diaframmatico, i benefici effetti poterono essere osservati nella sua influenza sul rallentamento del polso, e pochi giorni dopo mi assicurò che il pensiero di poter fare un respiro profondo quando lo desiderava, lo faceva sentire molto più soddisfatto, e che poteva mantenere la respirazione limitata per un tempo più lungo.

Quantunque io sapessi dalla mia esperienza clinica che ammalati possono vivere e respirare anche quando virtualmente un quarto solo e anche meno di area polmonare sia rimasta in condizioni di provvedere alla ossigenazione necessaria alla vita, non mi sentii però sicuro riguardo al mio modo di considerare il mio procedimento come mezzo terapeutico. Temevo che forse questo mezzo di dare un riposo fisiologico potesse col tempo recare del danno ai miei ammalati permettendo un accumulo di biossido di carbonio ed una privazione dell'ossigeno datore di vita. Secondo Weber (8) ed i suoi seguaci, sembrerebbe che un accumulo moderato di biossido di carbonio non sia punto da temersi, ma anzi da favorirsi nella tubercolosi dei polmoni. Malgrado ciò, per essere dal lato della sicurezza, ho consultato il Dr. Graham Lusk, professore di fisiologia nel « Cornell University Medical College », e gli ho fatta una dimostrazione pratica di questo modo di respiro, e con sua sorpresa fui capace di ridurre le mie respirazioni a 4 al minuto. Egli mi disse che secondo la sua opinione nessun danno potesse essere causato da una respirazione superficiale e dal limitare il numero dei respiri. Desiderando avere qualche cosa di autentico su questo soggetto, gli chiesi di compiacersi a scrivermi la sua opinione, col permesso di servirmene in un articolo che pensavo preparare sulla limitazione fisiologica dei movimenti respiratorii, ed egli molto gentilmente mi scrisse quanto segue:

« In condizioni ordinarie la produzione di biossido di carbonio nei tessuti controlla il volume della respirazione. Se la frequenza di questa al minuto viene diminuita, il volume di aria espirata ed inspirata per respiro è automaticamente aumentato. Lo scambio gassoso totale rimane ad ogni modo approssimativamente lo stesso. In condizioni ordinarie di riposo la quantità di ossigeno assorbita è quasi la stessa se vi siano sette o quindici respiri al minuto ».

Questa dichiarazione del professore Lusk riguardo all'aumento automatico del volume di aria espirato ed inspirato per minuto ho potuto non solamente verificare per mezzo di esperimenti interessanti, ma con mia sorpresa ho trovato che il volume di aria inspirato ed espi-

rato quando la respirazione è limitata alla porzione basale dei polmoni, vale a dire il volume di aria di respirazione, è anzi effettivamente superiore al normale. Per la cortesia del prof. Lusk e con la valida cooperazione del Dr. D. P. Barr del « Russel Sage Institute of Pathology », potei fare alcuni esperimenti spirometrici durante la respirazione limitata di frequenza o ristretta alla forma diaframmatica. Il Dr. Barr gentilmente offerse se stesso per l'esperimento. Dopo avergli fatto vedere come egli dovesse diminuire il numero dei respiri a 5 al minuto e limitarli alla porzione inferiore dei polmoni, fu sorpreso di vedere con quanta facilità egli potesse far questo, e pensò che avrebbe potuto farlo indefinitamente. Il Dr. Barr ha un torace straordinariamente ben sviluppato, e nella respirazione ordinaria la sua aria di respirazione è di 600 cc. al respiro. Tutti e due abbiamo osservato con interesse che il volume di aria complementare si raddoppiò approssimativamente quando egli respirava in posizione sdraiata attraverso il tubo dello spirometro. Ripetemmo l'esperimento per altre due volte, e per tre minuti ogni volta, e il numero medio di inspirazioni ed espirazioni non fu superiore a 5 al minuto. Il Dr. Barr mi assicurò che durante i tre periodi di esperimento, la sua respirazione era comoda e sufficiente, eppure la porzione superiore dei suoi polmoni era virtualmente in riposo.

È possibile che quando uno limita volontariamente la sua funzione respiratoria, vi sia uno sforzo incosciente di introdurre più aria di quello che sia necessario: ad ogni modo questo esperimento dimostra che nessun danno può attendibilmente essere arrecato da una respirazione limitata, e che una ventilazione più completa della base dei polmoni, abitualmente non interessata negli individui tubercolotici, non può che essere benefica.

Oltre allo stimolo chimico per la continuazione del respiro esiste anche uno stimolo nervoso al quale Mc Leed (9) si riferisce nel suo articolo « Alcune ricerche recenti sul controllo del centro respiratorio ». Egli dice: « Vi sono in generale due modi in cui le attività di un centro possono essere alterate. Questi sono cambiamenti chimici nella composizione del sangue che lo irrora, e impulsi nervosi provenienti da altre parti del sistema nervoso ». In altre parole i movimenti respiratori possono essere controllati, ed in non piccola misura, dalla volontà. Norman Bridge fin dal 1908 scrisse al riguardo quanto segue: « Ammalati con tubercolosi attiva i quali hanno tossito molto ed hanno fatto esercizi di respiro profondo, d'abitudine provano quasi istantaneamente un miglioramento del loro senso di benessere e di forza, come anche ottengono una percettibile diminuzione della febbre, dopo che essi hanno adottato il piano di diminuire la tosse e di conservare il polmone il più possibile in quiete per mezzo della forza di volontà ».

Maurice Bourgois (10) nella sua tesi di dottorato « Maximum d'apnée volontaire » descrive il modo in cui vengono scelti gli uomini per l'aviazione, ed egli rivelò il fatto sorprendente che alcuni uomini possono rimanere fino a 65 secondi senza respirare, semplicemente per forza di volontà. Quantunque non completamente connesso col soggetto, è interessante il notare che quelli i quali potevano sospendere il respiro da 50 a 65 secondi erano considerati come specialmente adatti. Quelli che potevano rattenere il respiro da 40 a 45 secondi furono ammessi, mentre quelli che potevano farlo solamente per 15 o 20 secondi furono scartati. Questi esami mostrano certamente il gran potere che la mente può esercitare sopra la funzione respiratoria.

La ragione del miglioramento dei miei ammalati, e specialmente in quelli i quali seguirono fedelmente le mie istruzioni sulla limitazione dei movimenti respiratorii, io credo di trovarla nel riposo relativo che da questo procedimento fu dato al polmone. Vi è anche la possibilità, se tale respirazione limitata dovesse realmente permettere un maggiore accumulo di biossido di carbonio nel sistema organico, che anche questo possa dare benefici effetti. Corper, Gauss e Rensch in un loro ammirevole lavoro sperimentale (11), hanno provata l'affermazione di Weber che una deficiente quantità di biossido di carbonio nell'organismo favorisce la tubercolosi, mentre un accumulo di esso ne ritarda il progresso. Essi però discordano completamente con l'idea di Weber di dare nei casi avanzati di tubercolosi bicarbonato di soda od acido cloridrico per bocca con del levulosio come alimento, combinati nei casi severi con iniezioni sottocutanee di paraffina liquida (10 grani=60 centigrammi due volte al giorno). Corper ed i suoi colleghi molto giustamente dicono che la paraffina non può produrre biossido di carbonio nel metabolismo organico. Personalmente io credo che se anche dovessimo riuscire ad introdurre biossido di carbonio nel sistema per mezzo di medicazione e di alimentazione, il suo dosaggio sarebbe altrettanto difficile come pericoloso.

Non starò ad ingombrare questo articolo con calcoli relativi a quante ore durante il giorno gli ammalati riuscirono a mantenere la respirazione diaframmatica e a ridurre il numero

dei loro respiri. Basta il dire, che se uno riuscì a ridurre il numero dei suoi respiri da 20 al minuto a 10, egli risparmiò 3000 movimenti respiratorii in 5 ore. Anche se sembra difficile all'ammalato di ridurre i suoi movimenti per un tempo apprezzabile, egli riceverà un beneficio considerevole limitando la sua respirazione alle parti inferiori dei polmoni. Questa parte del procedimento intesa a dare un riposo locale alla zona superiore della massa polmonare che più di solito è ammalata, è relativamente più facile ad attuarsi che la riduzione volontaria del numero dei respiri al minuto.

Naturalmente quando si palpa attentamente la parte superiore del torace sui lobi superiori si può percepire un leggierò movimento, specialmente nei principianti, ma esso diminuisce a misura che l'ammalato si abitua al respiro diaframmatico. Io dubito che esista un metodo di ottenere un riposo assoluto per qualunque parte del polmone, eccetto che in una ben riuscita operazione di pneumotorace artificiale. Per quanto perfetta possa essere l'applicazione esterna di bende di cerotto adesivo o di cinture per comprimere il torace, anatomicamente e fisiologicamente riesce impossibile di comprimere la gabbia ossea al punto da dare una assoluta immobilità all'organo sottostante.

Questo fatto senza dubbio inspirò Webb ed i suoi collaboratori, Forster e Houk (12), a ricercare il valore della semplice posizione nel trattamento della tubercolosi dei polmoni. Questi osservatori trovarono che gli ammalati i quali dormivano o riposavano durante il giorno sul lato del loro polmone ammalato erano in molto migliore condizione di quelli che riposavano sul lato sano. L'aggiungere questo trattamento posturale, specialmente durante il riposo, al metodo respiratorio descritto in questo articolo non può naturalmente che essere di benefizio addizionale.

In questo articolo mi tratterrò dall'entrare nei dettagli dei miei casi, ed eviterò anche qualunque statistica di casi guariti, migliorati, arrestati, e di insuccessi. Voglio però riportare i risultati ottenuti in pochi casi in istadio avanzato con cavità, del mio servizio a Fox Hills e della mia pratica privata. Gli ammalati avevano i sintomi abituali da assorbimento di tossine. Dopo aver praticato per un paio di settimane questo metodo di respirazione la tosse, l'espettorazione e la temperatura erano diminuite gradatamente e sensibilmente, e l'ascoltazione rivelò una tendenza decisa alla fibrinazione. Ma pochi casi e l'osservazione di un solo medico nel trattamento della tubercolosi non possono e non devono mai essere considerati conclusivi.

Tutto quello che io cerco di fare è di dare le mie idee sul soggetto, descrivere il suo *modus operandi*, e, giacchè si tratta di un rimedio assolutamente innocuo, chiedere ai miei colleghi di provarlo su vastissima scala in casi recenti, moderatamente avanzati ed anche in quelli molto avanzati e dopo una prova esauriente mandarmi i loro rapporti. Che i risultati saranno migliori nei casi recenti è evidente; che i risultati devono essere migliori quando siano eseguiti contemporaneamente il trattamento del riposo all'aria aperta e appropriati regimi igienico e dietetico e una cura sintomatica, anzichè quando la diminuzione dei movimenti della respirazione sia il solo rimedio al quale si ricorra, è anche ovvio.

Al principio del trattamento l'ammalato giace sulla sua sedia a sdraio o preferibilmente in letto, con la testa bassa. Più tardi egli potrà usare questo metodo di respirazione stando in una comoda posizione seduta od anche occasionalmente ritto. La cooperazione intelligente dell'ammalato può essere ottenuta solamente con lo spiegargli completamente l'oggetto e lo scopo del procedimento. Gli si potrà dire che potrebbe richiedersi un certo tempo prima che egli possa percepire un certo miglioramento, ma che in nessun modo il trattamento gli potrà recar danno, e che nel caso egli dovesse risentire il più lieve incomodo dovrà semplicemente sospenderlo.

Egli deve essere assicurato inoltre che il procedimento non può provocare una emorragia, quantunque una emottisi possa accadere, come accade in qualunque specie di trattamento; ma che invece è più probabile che esso le prevenga. Quando una emottisi dovesse accadere i movimenti respiratorii tranquilli e limitati aiuteranno nella coagulazione del sangue e nell'arresto della emorragia per l'effetto dei diminuiti movimenti del polmone sanguinante.

Due dei miei ammalati i quali avevano avuto espettorazioni sanguigne ed i quali dicevano che esse duravano sempre molti giorni, mi assicurarono che questa respirazione tranquilla e limitata abbreviò molto considerevolmente la durata delle loro emottisi. Noi tutti sappiamo che una emorragia o una espettorazione sanguigna possono cessare senza alcuna medicazione o altra misura terapeutica. Il solo riposo generale spesso è sufficiente, ciò non di meno è perfettamente logico il pensare che essendo i movimenti respiratorii diminuiti di numero, ed essendo la respirazione limitata alla porzione inferiore dei polmoni, raramente

invasa dalla tubercolosi, ciò possa aver una addizionale influenza benefica nell'arresto della emottisi. È importante però che, tranne che per poco tempo dopo l'emorragia o fino a quando l'ammalato ha espettorazioni sanguigne, egli venga incoraggiato a bere molta acqua leggermente alcalina, per lo meno 8 bicchieri al giorno fra i pasti. Ho notato che quelli fra i miei ammalati i quali ottemperarono a quest'ordine erano capaci di ridurre meglio i loro respiri, e di farlo per un tempo più lungo di quelli i quali erano negligenti nel seguire l'istruzione di bere acqua.

Modus operandi. — Bisogna dire all'ammalato che egli deve immaginare che il movimento respiratorio incomincia dalle dita del suo piede destro, e che l'inspirazione vien su gradatamente fino al diaframma al lato destro, poi, passando al lato sinistro, gradatamente discende durante l'espirazione in giù verso sinistra. Mentre questa respirazione dalle dita dei piede in su e fino all'addome è naturalmente immaginaria, essa risulta in respirazione diaframmatica, e qualunque quantità di aria sia inalata essa va principalmente attraverso le porzioni inferiori dei polmoni, mentre la parte superiore di essi, dove sono abitualmente le lesioni tubercolari, è messa in riposo relativo.

Per essere sicuri che l'ammalato capisce esattamente quel che s'intende per respirazione diaframmatica è bene insegnarglielo nel seguente modo: Piazzate l'ammalato in posizione a sedere o semi-sdraiata con le gambe stese o leggermente divaricate. Ditegli poi di inspirare lentamente seguendo il movimento in su della mano del medico con l'indice teso, incominciando dalle dita del piede destro, traversando l'addome verso sinistra e fermandosi 2, 3, 4 o 5 secondi e di espirare mentre la mano si muove in giù verso il piede sinistro. Il medico o l'infermiera i quali insegnano tale modo di respirare devono ripetere questo procedimento alcune volte finchè l'ammalato abbia capito completamente quello che gli si chiede di fare, e lo faccia correttamente. A questo scopo è bene che il medico, mentre indica la direzione e la durata dell'inalazione con una mano, tenga l'altra sulla parte superiore del polmone per osservare se essa è in riposo completo o per lo meno in riposo relativo. Quando l'ammalato sta completamente sdraiato la respirazione diaframmatica sarà materialmente aiutata dal piazzare sotto le reni un piccolo cuscino o una tovaglia da bagno ripiegata.

I muscoli intercostali. — A volte una cintura o una fascia, appuntate o allacciate in modo da poterle facilmente rimuovere nel caso l'ammalato dovesse provare un senso di soffocazione, possono essere messe attorno alla parte superiore del torace, nell'insegnare come limitare la respirazione ai lobi inferiori.

In conferma dell'affermazione che il respiro è virtualmente limitato alla porzione inferiore dei polmoni voglio dare la seguente citazione dell'articolo summenzionato di Sewal e Swezey: Quando il movimento respiratorio è limitato al diaframma è la base dei polmoni che si muove maggiormente, l'estensione del movimento diminuendo rapidamente verso su. Quando la parte superiore del torace si espande il movimento respiratorio involve i lobi superiori in proporzione alla escursione delle costole soprastanti. Ora è di nozione comune, parlando in senso esteso, che la tubercolosi dei polmoni è una malattia della parte superiore di essi, la sua intensità essendo concentrata fra l'ilo e l'estremo apice. Rammentando i dati del nostro argomento, è ovvia la deduzione che, se fossimo capaci di inibire il movimento respiratorio delle prime quattro costole, potremmo, senza diminuire seriamente la capacità vitale del petto, limitare in tal modo il movimento dell'area più importante della malattia del polmone, che la distribuzione delle tossine da essa provenienti possa essere di molto ridotta.

Il rattenere per pochi secondi l'aria frescamente inalata, il che non è punto dannoso e può essere facilmente fatto dalla maggior parte degli ammalati, diminuirà ancora dell'altro il numero dei respiri al minuto. Quando si consideri che questo metodo dà un risparmio non solo ai polmoni ma anche al cuore di parecchi movimenti e di energia, la quale viene così conservata in misura notevole, il valore di esso deve essere ovvio. Lawrason Brown (13) nelle sue ammirevoli « Rules for recovery in pulmonary Tuberculosis » ha posto grande enfasi sul riposo del cuore nella tubercolosi dei polmoni. Se, come egli dice, con ogni battito cardiaco viene sviluppata una energia di 1-1/3 kilogrammetro (4 foot-pounds) e se riducendo e limitando i respiri con questo metodo di respirazione noi risparmiamo al cuore 2 o 3 contrazioni al minuto, noi abbiamo per il cuore un risparmio di energia in 5 ore da 800 a 1200 kilogrammetri (2.400 a 3.600 foot-pounds).

Infine la respirazione diaframmatica darà una migliore circolazione nelle estremità inferiori e nei visceri addominali, specialmente aiutando la circolazione epatica, il che è così essenziale per ammalati ai quali vien prescritto un riposo fisico completo in una sedia a sdraio o in letto.

Mi si è domandato se le donne le quali per ragioni fisiologiche non usano nella respirazione il diaframma tanto quanto gli uomini, possono adottare questo coadiuvante fisiologico. Se sia o no a causa dell'abbandono dei busti strettamente allacciati che io non abbia avuto difficoltà da questo lato, io non so. Ad ogni modo ho anche l'assicurazione del professore Joel E. Goldthwait di Boston, il quale ha avuto una grande esperienza con le donne in casi nei quali egli prescrive la respirazione diaframmatica allo scopo di correggere condizioni difettose dovute a deformità posturali o tipicamente ortopediche, che egli non ha difficoltà di sorta nel fare che le sue pazienti usino la respirazione diaframmatica.

Si potrebbe domandare se non vi siano controindicazioni a questo tipo di respirazione. Se dolore sia causato dalla respirazione diaframmatica, o se presente esso sia accresciuto da essa, questo costituisce una controindicazione decisiva. Il dolore può essere dato da aderenze tra il diaframma e la pleura del lato ammalato, o da una pleurite acuta risiedente altrove. Un'altra controindicazione è quella occorrenza molto rara di un interessamento primario nei lobi inferiori, o quando il processo nello stadio terminale si sia esteso a questa regione. Infine se la tosse dovesse essere aumentata da questo procedimento, si possa o non si possa spiegare il fatto, questo deve essere considerato come una controindicazione. Lo stesso si dica per uno stato enfisematoso il quale dovesse causare dei disturbi addizionali.

I risultati più soddisfacenti da questo coadiuvante fisiologico alla cura di riposo nella tubercolosi dei polmoni possono naturalmente essere ottenuti in un sanatorio o in un ospedale dove gli ammalati vengono, per così dire, per accelerare la loro guarigione. Negli istituti chiusi molto spesso l'ammalato tubercolotico è in preda a depressione morale a causa della mancanza di un'occupazione, e desidera di avere qualche cosa da fare. Con l'orologio alla mano o una pendola davanti a sè, egli può impiegare il suo tempo e dare un aiuto verso la guarigione col limitare i suoi movimenti respiratorii, e mettere così a riposo i suoi polmoni in modo che essi abbiano una migliore possibilità di cura. Ciò non pertanto risultati soddisfacenti possono anche essere ottenuti nella pratica privata. Qui più che altrove abbiamo da considerare il fattore dell'equazione personale. Il medico di famiglia il quale ha la fiducia assoluta del suo ammalato, che ne conosce le peculiarità e lo stato d'animo, può spesso ottenere molto più del medico di istituto quando gli elementi psichico e nervoso sono interessati. Ho avuto degli ammalati privati che presero un interesse grandissimo in questo procedimento, ed essi furono ricompensati dei loro sforzi dalla diminuzione graduale di una tosse stizzosa, della febbre, di dolori pleurici, etc. Più grande è la fiducia e la quiete di spirito, più grande è la tranquillità e riposo del corpo che noi possiamo dare agli ammalati sofferenti di tubercolosi, e più grande sarà il nostro successo.

Qualunque studioso di tubercolosi sa che se egli potesse mettere a riposo generale completo ciascun caso di tubercolosi incipiente, leggermente febbrile o afebbrile, ed anche limitare completamente, o se questo fosse impossibile, per lo meno parzialmente i movimenti dell'area affetta, avrebbe considerevolmente meno casi avanzati. Nei primi tempi della mia carriera io insegnavo esercizii respiratorii come misura profilattica nella tubercolosi, e questo io fo ancora; ma come un mezzo curativo, dopo aver osservato i risultati ottenuti col pneumotorace artificiale, a me sembra più che mai che qualunque procedimento il quale metta il polmone infiammato invaso dal bacillo della tubercolosi a riposo, anche ad un riposo relativo, sia il trattamento ideale.

Per ragioni dette sopra, non credo che il pneumotorace artificiale possa essere impiegato in tutti i casi moderatamente o molto avanzati. Credo ancora meno che il procedimento di Jacobacus o che l'operazione toracopneumoplastica possano essere impiegati molto frequentemente. Se qualunque caso di tubercolosi iniziale possa o debba essere sottoposto al trattamento col pneumotorace artificiale, è ancora, come ho già detto, una questione aperta, e la ragione di questo è forse che i risultati non sono stati così soddisfacenti come si sperava, e che a volte furono seguiti da complicazioni dispiacevoli. Ma, sia la cosa come si voglia, questo semplice aiuto fisiologico può essere impiegato senza alcun rischio di sorta tanto nei casi iniziali della malattia come in quelli inoltrati. Quando oltre ai movimenti respiratorii limitati, l'ammalato si abituerà a tossire solamente allorchè l'accumulo di secrezione polmonare o bronchiale lo richiede, egli se ne sentirà doppiamente beneficato.

Ed ora mi si permetta di sperare che il mio modesto suggerimento riguardante questo coadiuvante incoraggierà a dargli una prova esauriente e a farlo noto nel modo più esteso. È mio fermo convincimento che esso deve produrre del bene nella lotta contro la tubercolosi, e più esso sarà conosciuto e maggiore sarà il suo benefizio.

In connessione col nostro lavoro antitubercolare, sia nella sua parte medica come in quella sociale, è bene ricordare l'ammonimento di Pasteur, del quale ricorre il centenario, il quale diceva ai suoi studenti e discepoli: «Nel fare il bene il dovere cessa là dove le forze vengon meno».

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

1. P. DETTWEILER. *Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten mit besonderer Beziehung auf Falkenstein i/T.* Verlag Georg Reimer, Berlin, 1884.
2. CHARLES DENISON. *Traction Plaster for Temporary Contracting an Affected Lung, etc.* Transactions Colorado State Medical Ass., 1898-1899, page 392.
3. NORMAN BRIDGE. *Should a Tuberculous Lung be Exercised?* Medicine, november 1908.
4. SEWAL and SWEZEY. *The Effects of Limiting the Respiratory Excursions of the Upper Thorax in Refractary Cases of Pulmonary Tuberculosis.* Amer. Review of Tuberculosis, september, 1921.
5. H. C. JACOBACUS. Kliniska Meddelanden fran Kungl. Serafimer; Lasarettets Med. Klin. 11. Cautorization of Adhesions. Stockholm 1921.
6. EDWARD ARCHIBALD. *Note upon the Surgical Treatment of Certain Cases of Pulmonary Tuberculosis.* Trans. Nat. Tub. Ass., 1921, p. 221.
7. HANS WINTERSTEIN, ROCTOCK. *Handbuch der Vergleichenden Physiologie.* Verlag Gustav Fixher, Jena 1921.
8. HUGO WEBER. *Das Kohlensaureprizip in der Behandlung der Lungenschwindsucht.* Zeitsch. f. Tub., 1903, vol. IV, p. 505.
9. J. J. R. MC LEED. Jour. of Lab. and Clin. Med., vol. V, p. 166.
10. MAURICE BOURGOIS. *Maximum d'Apnée Volontaire.* Thèse pour le Doctorat, Paris, 1920.
11. CORPER, GAUSS and RENSCH. *Studios of the Influence of Carbon Dioxide on the Resistance to Tuberculosis.* Transactions National Tuberculosis Ass., 1921, p. 312.
12. WEBB, FORSTER and HOUK. *Rest of the Individual Lung by Posture.* Ibidem, 1916, p. 182.
13. LAWRASEN BROWN. *Rules for the Recovery of Tuberculosis.* 3ª Edit. Lea and Febiger, Philadelphia and New York, 1919, p. 11.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Su la guaribilità della meningite tubercolare.

(CRAMER, BICKEL. *Annales de Médecine*, settembre 1922).

Nell'estate scorsa ho seguito due casi di sindrome meningea acuta, uno in pratica privata e l'altro nella Clinica Medica. In un malato preesisteva dall'infanzia una otite cronica bilaterale: l'altro nei giorni precedenti si era esposto a lungo al sole. Ambedue ebbero esordio acuto, con febbre, forte cefalea, accenno al vomito, rigidità della nuca, Koerning. La puntura lombare, sotto aumentata pressione, diede liquido limpido, cristallino, con aumento di albumina, Nonne positiva, reticolo finissimo del Mya e reperto quasi assolutamente linfocitario. Le culture nei comuni terreni furono negative: non si dimostrò la presenza di bacilli di Koch nei reticoli. La R. W. fu negativa nel sangue e nel liquor.

Ambedue i malati guarirono: uno dopo un decorso lento, afebbrile, l'altro in pochi giorni. Oggi godono buona salute.

Queste due osservazioni insegnano ad essere prudentissimi nell'emettere la diagnosi di meningite tubercolare all'inizio di una sindrome meningea acuta e a non fare, caso mai, prognosi infausta. Gli eventi potrebbero non darci ragione ed allora la prognosi resta poco fausta solo per il buon nome del medico. Perchè il pubblico e le famiglie dei malati, abituati a considerare la meningite tubercolare come una vera sentenza di morte, difficilmente ci perdonano il panico da noi ingiustamente suscitato.

Ora io mi domando: sono veramente di natura tubercolare tutte quelle sindromi meningee che vediamo accompagnate da quel corteo di sintomi e di reperti fino ad ora creduti specifici della tubercolosi meningea? E, data per esatta la diagnosi di natura, è sempre giustificata la prognosi infausta?

Mentre mi proponevo di ristudiarmi l'argomento, mi giunse un lavoro sintetico di *Cramer e Bickel*, pubblicato in settembre negli *Annales de Médecine*, nel quale si domandano se la meningite tubercolare è *curabile*.

Gli AA. dopo aver ricordato che la inguaribilità della meningite tubercolare è radicata nel pubblico e consacrata nei classici, si chiedono perchè essa sfugga alla legge generale della guaribilità, spesso spontanea, delle altre lesioni tubercolari con le quali ha in comune le stesse reazioni anatomo-patologiche. E qui accennano a *fattori di indole generale* (coesi-

stenza di altri focolai tubercolari, spesso estesi e gravi, bacillosi intensa, mancanza di difesa o immunità) e *fattori di indole locale*, (*meccanici*, ipertensione, compressione, disturbi di circolo corticali e basali — *infiammatori*, encefalite più o meno intensa, perivascolarite, piccole emorragie — *tossici*, fenomeni depressivi per fissazione elettiva delle tossine specifiche nelle cellule del cervello e dei nuclei bulbari.

In passato i tentativi di ribellione al dogma della inguaribilità della meningite tubercolare non scossero il vecchio concetto e si invocò l'errore della diagnosi quale complice delle pretese guarigioni.

Oggi però, fortunatamente non mancano osservazioni esatte e rigorose che incoraggiano a rimettere sul tappeto la questione.

Gli AA. hanno fatto uno spoglio accurato di tutti i casi di guarigione pubblicati nella letteratura francese ed estera. Su 250 raccolti ne hanno subito eliminati i due terzi, perchè in essi la diagnosi era solamente clinica. Gli altri li divisero in tre gruppi, riferibili a tre periodi, in ordine di tempo: nel primo sono compresi circa 30 casi con diagnosi confermata all'autopsia, in un'epoca più o meno lontana in seguito a recidiva o a malattia di altra specie: nel secondo compresero 10 casi con diagnosi avvalorata dal discutibile reperto oftalmoscopico.

Nel terzo hanno raggruppato 46 osservazioni confortate da indiscutibili prove batteriologiche, quali la dimostrata presenza del bacillo di Koch nel liquor, e l'avvenuta tubercolinizzazione della cavia iniettata.

Il Cramer e Bickel riportano la storia dettagliata, convincente, di un loro caso personale e fanno un esame sommario delle altre 45 osservazioni.

In 31 il reperto bacillare fu positivo nel liquor: in 7 fu positivo nel liquor e fu positiva l'inoculazione della cavia: in 3 fu positivo il liquor e negativa la inoculazione: in 3 fu positiva la inoculazione: in 11 fu negativo il liquor e positiva la inoculazione.

46 casi per una malattia che fa migliaia di vittime sono pochi, è vero: ma quanti ce ne saranno non bene studiati o non pubblicati? In ogni modo, benchè in pochi, si prestano per tirarne delle conclusioni.

Per ciò che riguarda i caratteri del liquor, è comune, almeno all'inizio della malattia, l'aumento di pressione: quando esso manca, la mancanza coincide, e non è estranea alla evoluzione favorevole del caso.

Il numero degli elementi cellulari è vario: da 6 a 280 per mmc. alla Nageotte: la loro povertà può essere indice della poca gravità del male. Passato il periodo di invasione, sono in prevalenza o in totalità linfociti.

L'aumento di albumina è costante, frequente la diminuzione di cloruri e dello zucchero, frequente l'aumento di urea.

Gli AA. fanno una discussione particolareggiata sui vari gruppi di casi guariti ed opinano che la mancata tubercolinizzazione della cavia può dipendere da attenuata virulenza del bacillo di Koch, e questo coincide con la probabile guarigione. Il reperto negativo dei bacilli nel liquor con cavia positiva dimostra la scarsa quantità di bacilli presenti e la difficoltà del loro esame diretto: difficoltà che a volte è assoluta anche in casi mortali. Non è giusto attribuire, come si è tentato fare, le avvenute guarigioni a pretesa tubercolosi bovina, perchè la meningite sperimentale da tubercolosi bovina dimostra invece più rapido lo sviluppo, più violento il decorso, più sollecito l'esito letale.

Ad eccezione di tre casi di inoculazione negativa, l'iniezione nella cavia produsse quasi sempre bacillosi ad evoluzione rapida. Una sola volta la cavia sopravvisse 14, un'altra 30 mesi, forse per scarsa virulenza dei bacilli.

Riesce interessante lo studio delle guarigioni rispetto all'età dei malati. La percentuale dei guariti aumenta con l'aumentare dell'età, e mentre sotto i 30 mesi è del 2.5 %, al di sopra dei 20 anni è del 30 %. È precisamente la guaribilità è inversamente proporzionale alla morbilità, e la maggiore facilità di guarigione negli adulti è dovuta ad una certa immunità acquisita per precedenti invasioni bacillari. Infatti molti dei meningitici guariti avevano avuto in precedenza lievi lesioni fibrose a decorso torpido dei polmoni, dei gangli o delle sierose.

Circa il decorso e la durata della malattia gli AA. notarono che l'esordio qualche volta fu repentino e brutale ed il decorso fu quasi sempre lento: la sintomatologia è ben netta e nulla fa prevedere l'esito favorevole. Qualche volta, però, il quadro clinico è così tenue che solo la puntura lombare dimostra la natura e la gravità del male.

La guarigione viene lentamente: i sintomi più persistenti sono la rigidità della nuca, il Koerning e la cefalea: la guarigione clinica precede sempre la guarigione anatomica che in tutti i processi tubercolari è tarda.

In circa il 90 % delle osservazioni, la guarigione immediata fu completa: e molte di esse furono ricontrollate e riconfermate dopo un-

tempo che va dai 3 ai 30 mesi. In altri casi si ebbero dei postumi passeggeri o permanenti (cefalea, incoscienza, paralisi, macrocefalia, sordità, cecità).

Le recidive furono frequenti, in un tempo anche lontano dall'attacco che era volto a guarigione (15 mesi). È un vero peccato che non tutti i cosidetti guariti siano stati seguiti a lungo. Questo ci induce a ritenere che la cifra del 25 % per le recidive è certamente inferiore alla reale.

Altri poi, guariti dalla meningite, soccombono in seguito per tubercolosi polmonare.

Gli AA. dall'insieme delle osservazioni raccolte concludono che la prognosi infausta della meningite tubercolare può essere attenuata da un insieme di fattori tra di loro ben combinati e condizioni di prognosi favorevole possono essere: la scarsa importanza dei focolai tubercolari coesistenti; lo sviluppo della meningite o a placche, o sotto forma di congestione meningea diffusa, di granulia limitata o migrante, come quelle che hanno uno sviluppo incompleto del tubercolo, versano in circolo scarse tossine, ed hanno facile tendenza alla evoluzione fibrosa; l'assenza di ipertensione del liquor, che permette un migliore funzionamento dei centri nervosi; una attenuazione nella virulenza del bacillo; l'esistenza di uno speciale stato di immunità acquisita o di difesa.

Ciò nonostante sull'avvenire dei meningitici guariti è sempre sospesa una spada di Damocle.

Le guarigioni verificatesi furono tutte spontanee e nessuna dovuta ai vari metodi di cura seguiti e pubblicati: solo le ripetute punture lombari hanno un benefico effetto.

In attesa che i campi dell'avvenire terapeutico siano meno aridi, ora conviene lottare per sottrarre ai contagi brutali e ripetuti i giovani esseri che sono le vittime più numerose della meningite tubercolare.

Fin qui gli AA. — Ho riassunto con generosa larghezza il loro studio d'insieme solo affinchè l'argomento attiri maggiormente il nostro interesse al letto del malato. Neanche la conoscenza di un forte blocco di avvenute guarigioni rimuoverà l'opinione contraria degli scettici in materia di guaribilità della meningite tubercolare. È utile quindi che ognuno ricontrolli la possibilità di queste guarigioni, studiando bene e sempre ogni meningitico, oltre che dal lato clinico, anche dal lato batteriologico e sperimentale, e circondandosi delle necessarie garanzie per dar valore alle proprie osservazioni. Per lo meno riuscirà confermato il concetto che bisogna far distinzione fra la classica *meningite tubercolare* e le varie forme di *tubercolosi delle meningi*: fra queste ultime potrà trovarsi qualche non raro caso di guarigione.

Ognuno di noi infine si ricordi che la diagnosi di meningite tubercolare basata sui soli dati clinici e sul reperto di un liquor con aumento di pressione, aumento di albumina, Nonne positiva, linfocitosi, reticolo del Mya sottilissimo, *all'inizio del male* è infida, anche se la R. W. è negativa.

PERSIA.

CHIRURGIA.

Un caso di paresi vescicale tabetica guarito operativamente.

(OPPENHEIMER. *C. f. Ch.*, 1922, p. 221).

I disturbi vescicali di natura tabetica sono causati da degenerazione di fasci afferenti nel N. pelvicus. Da ciò: ipoestesia della vescica, ristagno vescicale e consecutiva debilitazione motoria del detrusore. Come la prognosi generale della tabe, anche quella delle alterazioni vescicali tabetiche è sfavorevole. Quando il ristagno non sia considerevole, vuotamenti regolari e lavaggi vescicali con mezzi stimolanti possono ridurlo e anche eliminarlo, specie se il tabetico cerca di vuotare la vescica ad intervalli regolari senza attendere il bisogno di orinare (Automatismus). Quando invece il ristagno sia notevole, il vantaggio che si può avere da questo trattamento è solo temporaneo. Era dunque giustificato — secondo l'A. — il tentativo di aumentare la capacità funzionale del detrusore mediante trapianto di muscoli contrattili.

E questo tentativo egli compì in un uomo di 44 anni che presentava: rigidità pupillare, abolizione dei riflessi patellari, forte atassia, con Romberg positivo, vescica palpabile all'ombelico, residuo vescicale constatato mediante cateterismo, dopo orinazione spontanea, cc. 1600. L'orina era chiara, con traccie di albumina e scarsi corpuscoli di pus.

Poichè la tabe è di solito un'affezione del midollo lombo-sacrale, che lascia indenni i muscoli retti, l'A. si servì di questi per la plastica, e procedette nel modo seguente. Incisione longitudinale al di sopra della sinfisi, con esteso scollamento del grasso dalla guaina dei retti. Esclusione della vescica dal peritoneo (incisione arcuata dei foglietti anteriore e posteriore del peritoneo parallelamente al fondo vescicale, spostamento della vescica in

avanti e sutura del peritoneo al di dietro). A 10-12 cm. dalla sinfisi, incisione trasversale sul margine interno del muscolo retto di destra, che interessa a tutto spessore muscolo e guaina, e scende poi per formare un lembo peduncolato in basso sul pube e sull'estremo inferiore del muscolo. Il lembo misurava nella sua parte più larga, 5-6 cm., e venne disposto in modo da abbracciare la superficie posteriore della vescica (vescica vuota) in direzione obliqua in basso e verso sinistra, e da poter essere suturato col suo estremo libero al collo vescicale mediante punti di catgut paramucosi. Analogamente fu fatto, sulla superficie anteriore della vescica, col retto di sinistra. All'adattamento dei lembi si fece precedere una recentazione corrispondente della vescica per l'ampiezza di una moneta da 5 marchi. Chiusura della parete addominale. Catetere a permanenza per 16 giorni. Piccoli lavaggi vescicali. Morfina.

Dopo 4 settimane il catetere vuota 120 cc. di orina residua, chiara, che evidentemente ristagna in piccole tasche vescicali, perchè il catetere può raggiungerle soltanto se girato a destra e a sinistra e durante contemporanea pressione sulle pareti addominali.

Sette settimane dopo l'operazione il residuo è disceso a 100 cc., e a 10 settimane dall'operazione il reperto è il seguente: Il malato orina circa 3 volte di giorno, 2-3 volte di notte. Ha la sensazione di vescica ripiena e di vescica vuota. Può trattenere l'orina fino a 4 ore: il massimo al mattino. Sente quindi bisogno di orinare e vuota la vescica fino a sensazione di vuotezza completa. Difatti il catetere non ricava più che 20 cc. Gli altri sintomi tabetici sono invariati, l'eccitabilità elettrica dei retti è normale. L'eccitazione di muscoli addominali non provoca bisogno di mingere.

L'A. esclude che il miglioramento sia riportabile al catetere in permanenza, perchè non ne ebbe mai, nella sua esperienza, che un vantaggio transitorio, e perchè il cateterismo era stato sfruttato anche nel caso in discorso, precedentemente, senza che il reperto obiettivo fosse migliorato. Le condizioni funzionali della vescica sono quindi migliorate per effetto dell'operazione. Il lembo muscolare, ha rafforzato la funzione motoria del detrusore. Più difficile da spiegare è il ripristino della sensibilità. Poichè la tabe in generale rimase immodificata, resta la possibilità che i lembi del retto siano serviti anche a trasmettere al cervello la sensazione di pienezza o di vacuità della vescica.

La plastica suddetta dovrebbe prestarsi per tutte le forme di paresi del detrusore nelle quali l'affezione nervosa organica che ne è causa risieda al disotto della 1ª lombare, e dovrebbe essere attuabile anche nelle ritenzioni vescicali nevrasteniche, quando il trattamento generale non abbia dato alcun miglioramento spontaneo.

BAGGIO.

Stenosi uretrale nella donna.

(WYNNE. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, febbraio 1922).

La stenosi uretrale nella donna è infinitamente più rara che nell'uomo. Essa può essere localizzata in qualsiasi parte dell'uretra, ma la sede preferita è il meato o la porzione anteriore, secondo Bagot il terzo anteriore dell'uretra; in altri casi è stata osservata una stenosi dell'orificio interno; e finalmente alcuni Autori hanno descritto « contrazioni di tutta l'uretra ».

Le stenosi possono essere uniche o multiple e sono state distinte in traumatiche, flogistiche, congenite senili e da cause sconosciute. Le traumatiche seguono specialmente al parto o a ferite accidentali o a masturbazioni intrauretrali o a ferite operatorie, all'uso di caustici ecc. Le flogistiche alla blenorragia, sifilide e tubercolosi. Le neoplastiche al cancro, più raramente al sarcoma. Le congenite sono state riferite da Blum, Jaboulay, Jonson e Schene. In donne poi al di sopra di 50 anni è stato descritto un indurimento del connettivo uretro-vaginale che è stato considerato come una iperplasia da causa sconosciuta e che determina una stenosi di tutta l'uretra. Finalmente Chelly ha osservato una stenosi del meato esterno senza causa apparente.

I sintomi consistono essenzialmente nella disuria e talvolta in una ritenzione acuta. Più raramente stranguria, pollachiuria, iscuria, nocturia, tenesmi, ecc. La diagnosi si fa col cateterismo e l'endoscopia e bisogna distinguere la stenosi uretrale dalle cistiti, trigoniti, ureteriti, ulcere dell'uretra e della vescica, tumori, spostamenti e deformità dell'uretra, alterazioni della funzione vescicale dovute all'utero gravido o a tumori pelvici. La dilatazione graduale, la dilatazione rapida sotto anestesia, la divulsione digitale; la resezione di cicatrici, l'elettrolisi, la radiumterapia sono state applicate nei singoli casi.

DOMINICI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Oeuvres de Pasteur. Masson & C.ie, editori. Parigi.

La copiosa produzione di Pasteur non era mai stata raccolta. Essa rimaneva sparsa in resoconti di accademie e in periodici. Il dott. Pasteur Vallery-Radot ha ora compiuto questo ingente lavoro. Egli ha ordinato le pubblicazioni del sommo scienziato in sette volumi, che trattano i seguenti soggetti: dissimmetria molecolare; fermentazioni e generazioni così dette spontanee; studii sull'aceto e sul vino; la malattia dei bachi da seta; studii sulla birra; malattie virulente; virus-vaccini; per ogni argomento viene seguìto l'ordine cronologico.

Il testo originale è fedelmente rispettato, ma è corredato di molte note. Vedono ora la luce anche alcune pagine inedite.

« Queste note, lezioni e memorie — dice Vallery-Radot nella prefazione — mostrano l'immensità dell'opera e la sua unità. Per una concatenazione di fatti, di ragionamenti e di esperienze, Pasteur fu condotto dalla dissimmetria molecolare alle fermentazioni, da queste alle generazioni dette spontanee e infine alle malattie trasmissibili, ai virus-vaccini e alla profilassi della rabbia ».

Sono finora usciti i primi due volumi (di pag. 480 e 660, con numerose figure, il primo corredato del ritratto di Pasteur; prezzo fr. 50 e 65). Presto vedranno la luce gli altri cinque.

M.

ILVENTO ARCANGELO. *La tubercolosi malattia sociale.* Un vol. in-8 di 180 pag. N. Zanichelli, ed. Bologna 1922. Prezzo L. 15.

Il grave problema, che appare talvolta come un incubo per l'odierna società, viene esaminato dall'A. in tutti i suoi lati: l'estensione del flagello nel mondo, nell'Europa, nelle provincie italiane, la sua distribuzione secondo le razze, le professioni, le condizioni economiche, le età, ecc.; le questioni dell'ereditarietà, della predisposizione, dei modi di infezione sono considerate in altrettanti capitoli, ricchi di dati statistici.

Più di un terzo del volume è dedicato alla lotta antitubercolare: base di questa è il censimento dei tubercolotici, specialmente importante per l'accertamento dei casi nel primo stadio, per cui l'A. si augura che i centri di accertamento organizzati per i bisogni militari continuino a funzionare per la popolazione civile. Le diverse forme di assistenza agli infermi, ed ai disposti, col dispensario, il sanatorio, l'ospedale, il preventorio ecc. formano il nucleo della profilassi, la quale va però necessariamente integrata dal concorso della vigilanza igienica generale, e dalla propaganda. L'A. riconosce quanto quest'ultima sia difficile ed, esclusa forse quella nelle scuole, poco fruttuosa, talvolta può anzi provocare l'indifferenza e la rivolta; occorre quindi molto tatto nella scelta degli argomenti, nel modo di svolgerli, e sono da seguirsi i criterî che l'A. espone. Gravi ostacoli che l'A. non si nasconde sono nell'insufficienza del personale adatto e dei mezzi finanziarî, che assommerebbero a cifre favolose, le quali possono essere frutto solo di opera collettiva.

Il lavoro del prof. Ilvento, consigliabile a chi voglia farsi un'idea chiara dello stato attuale del problema, è pervaso da un sano senso di equilibrio, che non si nasconde le difficoltà, ma vede anche la possibilità di attenuazione di questa malattia, mediante una organizzazione sociale da cui sia realizzata la cooperazione di tutti.

fil.

JARRICOT J. *Le dispensaire marin.* Un vol. in-4 di 622 pag. con fig. e 76 tavole fuori testo. Masson e C., ed. Parigi 1922. Prezzo 60 franchi.

L'A. con questo grosso volume, richiama l'attenzione sopra un organismo di puericultura, ancora poco noto, il Dispensario marino, ideato da R. Quinton.

Mediante tale istituzione, che è una nuova forma di consultazione per poppanti, il bambino viene nutrito seguendo il regime dell'istinto, e trattato con iniezioni di acqua di mare sterilizzata, per filtrazione su candela, ricondotta poi approssimativamente all'isotonia: più che un vero e proprio rimedio, l'acqua di mare costituisce un elemento del nostro ambiente organico, elemento nutritizio e rinnovatore.

Il trattamento è indicato per i poppanti deboli, atrepsici, affetti da quelle gastro-enteriti, che ne minacciano l'esistenza.

A giudicare dagli abbondanti documenti, in forma di grafici, di tabelle, di fotografie, i risultati non potrebbero essere migliori: vi sono tipiche fotografie di atrepsici, accompagnate da quelle prese anche solo 60 giorni dopo e che mostrano bambini floridi e paffuti.

Secondo quanto riferisce l'A., un'ora dopo la prima iniezione, il bambino, che vomitava tutto, può tenere un intero poppatoio d'acqua, un'ora più tardi un primo poppatoio di latte; esso fissa nei tessuti l'acqua con avidità; già due ore dopo la prima iniezione i tratti del viso, che erano dapprima stirati, cambiano del tutto; in 24 ore il bambino guadagna fin 500 g. di peso.

Il volume si diffonde largamente sulla tecnica, sulle modalità da seguirsi, sulle teorie, che hanno condotto l'A. a questa fortunata applicazione. Il dispensario dell'A. si trova a Lione, quindi in località ben distante dal mare. *fil.*

Nicolle M. et Magrou J. *Les maladies parasitaires des plantes.* (*Infestation, Infection*). 1 vol. di 200 pag. Masson et C.ie, Paris 1922. 8 frcs.

Gli AA., che appartengono al personale scientifico dell'Istituto Pasteur, hanno voluto preparare, non certo un trattato, ma un manuale destinato particolarmente a fornire al medico una veduta generale sui problemi di patologia vegetale, che presentano anch'essi un grande interesse dal punto di vista della patologia generale.

Il volume è diviso in cinque parti. Nella prima si studiano le malattie delle piante dovute agli animali e principalmente agli insetti; nella seconda sono riunite le malattie delle piante dovute alle fanerogame parassite (vischio, cuscute, orobanche, citinacee, ecc.); nella terza, che è la più vasta di tutte, sono esposte le principali malattie dovute alle tallofite e si studiano anche, secondo le idee di N. Bernard, i casi di simbiosi delle Orchidacee e dei Licheni. Il quarto capitolo è dedicato alle malattie di origine batterica e nell'ultima parte si espongono le idee generali sulla patologia dei vegetali, collegandole da un lato con alcuni problemi sorti dagli studi sulla simbiosi e dall'altro con la questione degli antigeni ed anticorpi della patologia generale animale. Il tentativo degli AA. è lodevole ed in complesso abbastanza ben riuscito.

Ci permettiamo però di osservare che avrebbe giovato agli studiosi l'aggiunta di una razionale bibliografia, limitata solo ai trattati generali ed ai lavori di fondamentale importanza e la presenza di nitide figure che illustrassero i casi più importanti esposti nel testo. Il medico dimentica presto quella poca botanica che studia affrettatamente nel primo anno dei corsi universitarî e qualche buona figura richiamerebbe alla sua memoria fatti e fenomeni certo dimenticati! F. Cortesi.

Prof. Dott. C. F. Zanelli. *La voluttà dei veleni.* (*Le insidie - I rimedi*). (Editore: Quintieri, Milano, 1922). — È un elegante volume, di 150 pagine, scritto con la consueta chiarezza e proprietà di forma, che sono le principali caratteristiche dell'autore.

L'attrazione dell'uomo per i tossici inebrianti è antica quanto il mondo. Attualmente si può calcolare che vi siano 800 milioni di persone che fumano tabacco, 400 l'oppio, 300 che masticano canape indiana, 100 il betel, 40 la coca — mentre i principali centri di Europa e di America, Londra come Nuova York, Parigi come Berlino e Roma, hanno inoltre una popolazione iniziata ai tossici più rari e costosi.

L'autore passa in rassegna i principali veleni usati dall'uomo a scopo di ebrezza (haschish, oppio, morfina, eroina, cocaina, tossicomanie di guerra, alcool, vino, etere, tabacco, tè, caffè, betel, veleni minori), accennando alle loro funeste conseguenze nell'individuo e nella specie, e a ciò che potrebbe valere a limitarne i danni.

Gli autori italiani sono largamente citati in questo lavoro, e nel capitolo sulla cocaina viene in modo speciale ricordato un recente studio del dott. Sabatucci, della nostra Clinica, dal titolo: *Sindromi neuropsichiche nei fiutatori di cocaina*, il più completo sull'argomento.

È un libro che si legge volentieri, senza alcun senso di stanchezza, accessibile anche ai profani, e che è destinato ad avere certamente un ottimo successo. Fumarola.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 novembre 1922.

Presidenza del Prof. V. Ascoli, presidente.

La pluralità biologica dei virus rabici da strada.

Prof. V. Puntoni. — L'O. richiama un suo precedente lavoro nel quale espose alcune ricerche eseguite su di un virus rabico da strada che presentava una individualità biologica spiccata sia di fronte al virus fino adoperato per le vaccinazioni nell'Istituto di Roma, sia di fronte ad altri virus da strada. Ricercando in altri undici virus da strada ha potuto trovare altri due virus, contrassegnati con i n. 497 e 598 che presentavano individualità biologiche di fronte a quello dell'Istituto di Roma.

Ha tentato una suddivisione in tipi del virus rabico mediante la deviazione del complemento, ma senza risultato, onde l'O. si limita ad asserire la pluralità biologica dei virus rabici da strada. Le ricerche sperimentali sono convalidate da osservazioni epidemiologiche. Boufford, nell'Africa occidentale francese ha osservato più volte una rabbia canina non trasmissibile all'uomo ed analoghe osservazioni ha fatto Tchihatcheff nell'Asia minore.

Similmente a quello che è stato osservato per molti batteri esiste un gruppo di virus rabici che

presentano diversità biologiche fra loro più o meno spiccate.

L'O. opina che le sue vedute possano trovare applicazioni pratiche nella vaccinazione antirabbica specie in veterinaria ove potrebbero essere introdotte le autovaccinazioni.

Nuovo sistema (mobile) e nuovi strumenti per radiumterapia.

Dott. L. CAPPELLI. — L'O. presenta un nuovo apparecchio per la radiumterapia costituito da due sistemi giranti, mediante motorino elettrico, a cui sono disposte in posizione obliqua delle placche di radium. I due sistemi ruotano in opposti sensi e con velocità lievissimamente diversa. I vantaggi inerenti al nuovo sistema sono: irradiazione di una zona molto più estesa della superficie complessivamente formata dalla somma delle superfici delle singole placche impiegate; continuità ed uniformità di distribuzione delle radiazioni in detta zona; l'esatto dosaggio delle radiazioni uniformemente distribuite, in modo da potersi con sicura coscienza stabilire la dose adatta ad ogni esigenza di cura; norme tassative nella scelta, acquisto ed impiego terapeutico delle placche di radium; economia di radium, di tempo e di sedute; fuochi incrociati a tutta la superficie e a tutta la profondità, accessibile alla quantità del radium impiegato.

Il prof. GHILARDUCCI trova che il metodo è nuovo, geniale e destinato a rendere grandi servigi.

Sulla azione farmacologica e terapeutica dell'uabaina.

Dott. GINO MELDOLESI. — L'O. dalle esperienze che ha potuto compiere nella R. Clinica Medica di Roma conclude che l'uabaina deve essere considerata come un cardiocinetico ottimo:

1) nei casi in cui abbisogni una valida e rapida azione sistolica e non vi sia pericolo di esaurire il miocardio;

2) quando permangono condizioni allarmanti, nonostante il riposo e il digiuno e i comuni eccitanti, mentre la congestione portale rende dubbia la efficacia della digitale per via orale;

3) quando un ipertono vasale possa controindicare la somministrazione della digitale. A ogni modo la sua somministrazione deve essere limitata al minor numero di iniezioni, dopo le quali si deve passare alla digitale che ne completa ed integra la efficacia. Quando si sia costretti a ripetere la iniezione bisogna ricordarsi che la uabaina mobilizza grandi energie di riserva e tende ad esaurire il miocardio; perciò fra un'iniezione e l'altra si deve porre un certo intervallo di tempo, quale si tenga sufficiente per permettere al miocardio di riparare le energie perdute nel periodo precedente di ipercinesi e di accumularne di nuove per il nuovo sforzo.

In ogni caso la uabaina-digitale non deve essere considerata come un succedaneo della digitale, ma riservata ai casi di eccezione quando occorra azione pronta e vivace, senza pericolo di esaurire il miocardio. Anzi prima di iniziare il trattamento è doveroso rendersi esatto conto delle condizioni e delle possibilità funzionali, sia del miocardio che del sistema vascolare. Non si deve mai usarlo, come rimedio di urgenza, di fronte a un malato in grave stato, del quale non si siano potute studiare a fondo ed esattamente le condizioni e le risorse.

In merito discutono ARCANGELI e GALLI, cui risponde l'O.

E. GROSSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni Scientifiche del maggio-giugno 1922.

Ricerche radiografiche intorno alle vie di deflusso degli ascessi ossifluenti.

VACCHELLI dott. SANZIO. — Comunica un suo studio riguardante la sede e il decorso degli ascessi ossifluenti in malati affetti da morbo di *Pott*, usando iniezioni di un liquido opaco ai raggi X. Detto del liquido e della tecnica, parla dei vantaggi del metodo. Molte volte la radiografia è muta riguardo alla lesione vertebrale, anche quando clinicamente la diagnosi non può essere dubbia. La presenza di un ascesso, l'esistenza d'una fistola in regioni lontane dalla colonna ci danno la certezza della carie ossea, ma non ne indicano la sede. Per converso, il liquido opaco che l'O. inietta, percorrendo in senso inverso la strada aperta dal pus tubercolare, raggiunge la sede dell'affezione e non lascia dubbio al diagnosticatore. Tale indagine radiografica può ampiamente controllare quanto ci ha insegnato l'anatomia patologica degli ascessi e mostrare qualche volta nuove vie. Può essere spesso di grande aiuto per la più esatta definizione di sede della carie vertebrale tubercolare.

Il disserente termina proiettando sullo schermo dodici radiografie di malati di morbo di Pott, nei quali le sedi e le vie degli ascessi sono chiaramente dimostrate dall'iniezione della sospensione bismutata.

Su questa comunicazione ha luogo una lunga discussione (PERNA, PUTTI, VACCHELLI).

Valvola del Morgagni e non del Gerlach, si deve nominare la valvola del processo vermiforme dell'intestino umano.

CORTI prof. ALFREDO. — Presenta un particolareggiato studio storico, comparativo e critico sull'anatomia dell'appendice intestinale, che porta alla conclusione riassunta nel titolo suesposto, e quindi di grande importanza scientifica nazionale.

Reperto istologico di un cancro del laringe trattato con la radioterapia profonda.

VERNONI prof. GUIDO e GRIFFO dott. G. — Riferiscono tale reperto che hanno potuto eseguire in un caso venuto a morte per malattia intercorrente

dopo alcuni mesi il trattamento con la radioterapia profonda. Discussa la natura delle lesioni riscontrate, attribuibili in grande parte all'azione dei raggi, traggono la conclusione che la radioterapia profonda ha bensì distrutta la maggior parte del tumore in questo caso, ma ha indotto nella mucosa laringea e nelle ghiandole alterazioni regressive a decorso cronico, la cui gravità deve consigliare di procedere con molta cautela in applicazioni terapeutiche del genere.

BUSI osserva di essere stato avversario della radioterapia profonda e di averla subita; in genere è sempre stato più favorevole alle applicazioni di dosi lievi, frazionate, con le quali spesso ha ottenuto risultati brillanti senza peraltro potersi rendere conto esatto delle cause del successo e senza poter ripetere le stesse condizioni in altri casi. Ricorda casi di linfosarcoma ed altri di carcinoma della lingua, in cui le dosi refrattarie portarono a risultati ottimi. Ritiene che forse questo metodo sarà il metodo dell'avvenire.

Contributo alla conoscenza della sifilide vescicale.

PERUCCI prof. ANTONIO. — Riferisce su di un caso di sifilide cerebrale capitato alla sua osservazione, e nella persona di una donna, ventottenne. I disturbi cominciarono all'epoca della seconda gravidanza, e consistevano in dolore e bruciore durante la minzione e stimolo frequente ad urinare: urine torbide e talvolta rosse per sangue. Senza effetto le lavande vescicali. La cistoscopia mise in evidenza una sporgenza globosa grande come una mandorla, incrostata di sali calcarei, tale da simulare un calcolo, ma una sonda ureterale spinta contro vi penetrava, frastagliandola, sicchè il disserente fece diagnosi di tumore incrostato situato posteriormente e in vicinanza del collo vescicale. Sottoposta al trattamento endoscopico coll'elettrocoagulazione, notò che la sonda elettrode risvegliava sempre vivo dolore ad ogni minimo toccamento del tumore, e mise in discussione una forma sifilitica. La Wassermann risultò positiva e il trattamento mercurico arsenicale portò alla scomparsa graduale di ogni disturbo in non più di un mese. Illustra i suoi dati e i suoi commenti con due disegni colorati del campo cistoscopico prima del trattamento antiluetico e dopo due mesi da questo.

Corpo estraneo nella vescica estratto per le vie naturali colla citoscopia.

PERUCCI prof. ANTONIO. — Fatta una breve esposizione dei corpi estranei penetrati dall'uretra in vescica, o durante cure mediche o durante automanovre voluttuose; e mostrati i vari apparecchi o congegni usati per l'estrazione, descrive il caso proprio. Trattavasi di un uomo di 54 anni che periodicamente ricorreva al proprio medico per sedute di dilatazione uretrale onde combattere restringimenti sclerotici. Capitò che la minugia conduttrice della sonda Béniqué rimase in vescica essendosi staccata dalla sonda medesima. I tentativi compiuti dal Perucci, al quale erano ricorsi il medico col paziente, riuscirono vani perchè i restringimenti non lasciavano passare alcuno strumento. Si ricorse alla uretrotomia interna e successiva dilatazione, onde poter introdurre il citoscopio a cateterismo. Occorse circa un mese per la preparazione dell'uretra in tal modo, in causa della resistenza che apponeva il tessuto cicatriziale duro e sclerotico dei restringimenti. Parla poi del modo con cui estrasse la minugia, e fa osservare che il beneficio arrecato al paziente non fu questo solo, sì bene anche quello della guarigione radicale dei restringimenti e relativa ritenzione e cistite. Mostra il cistoscopio e l'uncino da esso costruito *ad hoc;* e le minugie conduttrici che si costruiscono a Bologna e che si usano negli ospedali, facendo rilevare i pregi di ogni oggetto.

Predisposizione alle distimie.

RAVÀ prof. GINO. — Su questo argomento, che è di una certa attualità, espone nuove idee oltre quelle che già svolse in due suoi scritti pubblicati di recente, l'uno col titolo: « Costituzione neurastenica e costituzione distimica », e l'altro col titolo: « Emozione ed istinto »

Ascesso della prostata con evoluzione rara.

AVONI prof. ALDO. — Illustra questo suo caso clinico (un uomo di 62 anni) e parla dell'atto operativo compiuto. Prostata assai ingrassata, regolare, dura, indolente. Febbre con brividi. Fuoriuscita di pus dal meato uretrale, premendo col dito, introdotto nel retto, sulla faccia prostativa posteriore. Il suo caso serve a dimostrare che esistono sicuramente suppurazioni della prostata secondarie ad altri processi infettivi; e che la diffusione di questi focolai localizzati nella prostata o attorno alla prostata, possa avvenire in ogni senso, e quindi anche in avanti, o scollando le aponeurosi periprostatiche oppure per via linfatica e sanguigna quando le pareti della loggia prostatica (aponeurosi periprostatiche) non riescano a formare una barriera sufficientemente valida.

G. M. P.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

PEDIATRIA.

Segni precoci della rachitide.

Il trattamento della rachitide è tanto più efficace, quanto più presto si inizia, senza attendere le alterazioni delle ossa lunghe e delle costole. J. H. Thursfield (*Lancet* 1922 pg. 553) richiama l'attenzione sui cinque sintomi seguenti: 1) sudore alla testa e sonno inquieto; 2) perdita del tono muscolare; 3) poliuria; 4) pallore; 5) alterazioni nelle ossa craniche.

Il bambino normale, di sei mesi dorme tranquillamente e senza che la sua pelle si bagni. Qualunque traspirazione si osservi alla faccia od al collo, a meno che vi siano segni evidenti di malattia, deve essere attribuito alla rachitide, specialmente se accompagnata da inquietudine od insonnia. Talvolta il sudore è sostituito da poliuria, sicchè la madre si lamenta che non può mai tenere il bambino asciutto.

Il bambino normale ha muscolatura soda e, quando è sveglio, si muove continuamente; il bambino rachitico invece si muove lentamente, non prova piacere nell'esercizio muscolare e quando lo si tocca, lo si trova flaccido, e lento a rispondere con la contrazione. Questo segno è precoce e caratteristico.

Il pallore non è costante ma è frequente; vi sono bambini rachitici di buon colorito, mentre l'anemia anche evidente può coesistere senza rachitide ed indicare piuttosto un certo grado di scorbuto.

Le prime alterazioni delle ossa si osservano in quelle del cranio, con un rammollimento delle linee di sutura e con la persistente ampiezza anormale della fontanella anteriore; in concomitanza, si osserva ritardo nell'eruzione dei denti e malformazione di questi.

La presenza di qualcuno di tali sintomi deve indurre il sospetto di rachitide e consigliare l'investigazione sulle condizioni dietetiche ed igieniche in cui vive il bambino; queste (specialmente la casa insalubre, mal ventilata e male illuminata) sono importanti quanto quelle. Trattata a tempo, la rachitide risponde prontamente alla cura. *fil.*

La luce nella profilassi e nella cura della rachitide.

L'importanza della dieta per lo sviluppo della rachitide è dimostrata dal fatto che questa è meno frequente nei bambini allattati al seno. A. F. Hess (*Lancet* e *Medical Review*, ottobre 1922) osserva però che la dieta non deve essere il fattore dominante: di fatto non è raro trovare la rachitide in bambini che ricevono una grande quantità di latte e non trovarne in quelli che ne prendono meno. Anche l'influenza della vitamina solubile nei grassi non può considerarsi come assoluta; in realtà la mancanza di tale vitamina provoca osteoporosi anzichè rachitide.

L'A. invece ha osservato che la frequenza della rachitide subisce variazioni stagionali; 3/4 dei casi si sviluppano nella prima metà dell'anno, con un massimo nel marzo, 1/4 nella seconda metà. Tale fatto viene attribuito alla deficienza dell'azione della luce solare durante i mesi invernali; una controprova la si ha in ciò che quando si espongono i bambini rachitici alla luce solare, le epifisi subiscono rapidamente il processo di calcificazione; anche la luce artificiale ha un'influenza analoga; con l'esposizione per 30-60 minuti ad una lampada ad arco lontana 90 cm.-m. 2.70, si sono notati dopo 2 settimane inizi di calcificazione, che era assai marcata dopo un mese.

Il bisogno di luce è tanto maggiore, quanto più rapido l'accrescimento, ciò che viene indirettamente provato dalle così dette guarigioni spontanee che si osservano nel secondo anno di vita, quando l'impulso all'accrescimento è meno intenso.

L'azione della luce è influenzata da diversi fattori; uno di essi è la pigmentazione cutanea; quanto più intensa è questa, tanto minore è l'effetto della luce, ciò che spiega la suscettibilità dei bambini negri alla rachitide ed i minori successi che si ottengono in essi con l'elioterapia. La luce non deve essere filtrata; basta un comune vetro da finestra, di 5 mm., (che trattiene i raggi ultravioletti) per rendere la luce inattiva. Le stoffe di cotone e di lana lasciano passare solo una minima dose di luce attiva.

L'azione della luce si manifesta sul ricambio; vi sono di fatto variazioni stagionali nel contenuto del sangue in fosforo: da un minimo in marzo, si sale ad un massimo (mg. 4.3 per cento cmc.) ridiscendendo poi gradatamente. L'importanza di questo fatto non può sfuggire, quando si consideri il significato del fosforo nella nutrizione del sistema osseo e di altri tessuti.

Analoghe variazioni si hanno anche nel contenuto in jodio della tiroide.

Nella profilassi e nella cura della rachitide, occorre dunque, oltre che alla dieta adatta, por mente all'azione della luce solare e mettere i bambini in condizioni tali da potere usufruire di questa il più che sia possibile.

fil.

La prognosi nel morbillo.

Il morbillo è, ad un tempo, la malattia la più benigna e la più grave; benigna quando il numero degli ammalati è minimo e manca l'affollamento, grave quando gli ammalati si moltiplicano e si affollano.

La gravità è maggiore nei bambini piccoli, per i quali è tanto più pericoloso l'affollamento; compaiono le complicazioni polmonari, e specialmente i soggetti deboli non hanno forza di reagire.

Vi sono segni allarmanti fin dal principio, come p. e. l'eruzione ecchimotica, la comparsa dei fenomeni nervosi (delirio, convulsioni, ipertermia con prostrazione).

In linea generale però gli accidenti sono meno gravi quando compaiono nel periodo eruttivo, così la bronchite ed i risentimenti polmonari. La febbre, anche se elevata, a 39°-40°.5 non offre di per sè alcuna gravità, a meno che non sia indice di *complicazioni*. Fra queste figure anzitutto la bronco-pneumonite, che in ospedali e baraccamenti ha dato anche la mortalità del 70 %.

Altre complicazioni sono:

1° la laringite, stridula, ulcerosa (talora mortale) o pseudomembranosa, vera associazione difterica gravissima;

2° la stomatite non grave; eccezionale la gangrena secondaria;

3° fatti intestinali (diarree) che di solito guariscono;

4° fatti oculari ed uditivi: la congiuntivite è benigna: l'otite è frequente, compare una settimana dopo l'eruzione e fa risalire la febbre; si ha perforazione del timpano, otorrea raramente passaggio allo stato cronico; la prevenzione di solito è impossibile, comunque sono consigliabili le istillazioni nasali di olio al gomenolo;

5° gangrene cutaneo-mucose, si presentano eccezionalmente, e saranno curate con exeresi chirurgica e vaccinoterapia;

6° setticemie. Rare l'endo- e peri-cardite, qualche volta la nefrite acuta con anasarca. C. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 19 agosto 1922), ha osservato un caso di neurite periferica con paralisi dei quattro arti.

Fra le malattie associate o consecutive sono da citarsi: la *difterite*, assai grave, che si previene con le iniezioni di siero antidifterico, da farsi in tutti i bambini che entrano nelle sale ospedaliere. Gravi sono pure la pertosse e gli spasmi della glottide.

Fra le malattie consecutive tiene un gran posto la tubercolosi: in 650 bambini morbillosi, l'A. ha osservato nell'anno successivo 11 meningiti tubercolari, 3 tubercolosi dei gangli bronchiali, tutte mortali, 1 morbo di Pott.

Non si deve dunque considerare il morbillo troppo alla leggera: certo, osserva molto giudiziosamente l'A., le misure che oggi si adottano sono del tutto inefficaci. A malattia finita si presentano i disinfettatori e disinfettano i mobili donde non si sprigiona più alcun contagio, lo stesso ammalato in tal momento non è più contagioso; molte cose sarebbero da cambiare in materia di profilassi epidemiologica, la quale, attualmente per seguire alcuni particolari di poco conto, trascura le grandi linee, che sono essenziali.

fil.

Alcune osservazioni sulla malaria infantile.

W. e F. Mulherin (*Jour. A. M. A.*, 17 giugno 1922), osservano che nei bambini al disotto dei tre anni la malaria può dare un quadro clinico alquanto diverso che negli adulti: poi, quanto più cresce l'età, tanto meno se ne discosta. In certi bambini nutriti al seno si può avere una malaria afebbrile: il bambino non cerca il latte, perde di peso, e diviene anemico; spesso manca la splenomegalia. È facile errare diagnosi, e attribuire l'anemia a disturbi digestivi, prescrivendo cure inutili e dannose, mentre la chinina dà risultati brillanti.

La febbre, se non manca, può essere remittente o irregolarmente intermittente, anche nelle terzane primaverili. Gli AA. pensano che ciò dipenda da una aperiodicità di sviluppo del parassita.

Il brivido ed i suoi equivalenti (mani e piedi freddi, labbra e unghie bluastre, lieve cianosi o pallore, sonnolenza o prostrazione) spesso mancano. Il vomito si ha nel 75 % dei casi e la diarrea nel 25 % (talvolta a tipo di ileocolite).

La malaria spesso mette in evidenza una tetania latente, o la tendenza all'asma o alla bronchite.

La milza non si palpa nella prima settimana nel 30 % dei casi, ed in parecchi non si palpa mai

Le dosi di chinina (solfato) da adoperare sarebbero, sotto un anno 10 ctgr. al giorno, a un anno 20 ctgr., a 2 anni 40 ctgr., fino a 4 anni 60 ctgr., fino a 7 anni 1 gr., fino a 14 anni gr. 1.50, oltre i quindici anni 2 gr., da prendere per tre o quattro giorni durante i periodi febbrili; poi, per otto settimane, il terzo di tali dosi ogni giorno.

Gli AA. riconoscono che questo metodo, consigliato negli S. U. non di rado è insufficien-

te, onde spesso oltrepassano queste dosi. Essi negano che col trattamento chininico si riesca a sterilizzare il 90 % dei pazienti, come ritiene Bass: spesso si tratta di una falsa sterilizzazione, perchè i parassiti continuano a vivere negli organi interni, o della guarigione di falsi malarici.

Consigliano di dare il chinino, quando vi è sospetto di malaria, anche a scopo diagnostico, perchè il primo esame di sangue è negativo in oltre due terzi dei casi, anzi, secondo W. Weston, nei bambini il parassita si troverebbe, dopo diligenti ricerche, solo in un quarto dei casi (?! *N. d. R.*). Questo A. dà importanza alla leucopenia nella diagnosi e nella cura, che consiglia di rendere meno intensa quando i leucociti sono ritornati sopra 7000. La leucopenia servirebbe anche a distinguere gli esantemi da malaria dalle malattie esantematiche: l'A. dice di avere talvolta osservato una desquamazione più intensa che nella scarlattina.

La migliore via di somministrazione è la bocca: sono molto pericolose nei bambini le iniezioni endovenose di chinino, anche a piccole dosi. Non bisogna dimenticare che anche bambini di pochi giorni possono avere la malaria, acquisita e talvolta congenita.

DORIA.

La pubertà precoce nell'encefalite epidemica.

Il caso che Stern illustra (*Medizin. Klinik*, 1922, n. 27) è il primo che dimostri la comparsa nel corso di una encefalite di una pubertà precoce il cui tipo ricorda le sindromi di macrogenitosomia constatate nei tumori epifisari.

Si trattava di un ragazzo di 12 anni colpito da tipica encefalite epidemica dopo una sindrome influenzale, con febbre, sonnolenza, diplopia, ineguaglianza pupillare, algie multiple, scosse miocloniche, paresi del braccio sinistro, accessi di narcolepsia. Dopo sei mesi ricaduta con algie, salivazione abbondante, e dopo pochi mesi, ipertonia, mioclonie, leggera ritenzione di urine, paresi di convergenza dei globi oculari.

Nel mentre l'abito era del tutto infantile, il p. improvvisamente ha ingrossamento della voce e progressivamente lo sviluppo dei genitali si accelera, compaiono peli al pube ed al labbro superiore, erezioni, polluzioni, masturbazioni, spermatozoi; contemporaneamente il fanciullo diviene loquace, autoritario e nel mentre in giugno 1921 misurava 134 cm., nel maggio 1922 misura 144 cm. senza essere obeso.

Secondo l'A. la comparsa così brusca della pubertà nel corso di una encefalite in un bambino i cui collaterali avevano avuto uno sviluppo tardivo, costituisce una sindrome patologica. L'esame del malato fa escludere trattarsi in tal caso di semplici eccitazioni genesiche accompagnanti una sindrome mentale od una sindrome ipertonica dell'encefalite, come pure fa escludere un tumore sia dell'epifisi, sia delle ghiandole sessuali che surrenali. Tutto parla per mettere in causa una lesione infiammatoria encefalitica che avrebbe colpito la stessa ghiandola pineale, il suo peduncolo o la commissura grigia o il plesso coroideo del recesso sovrapineale.

MONTELEONE.

SEMEIOTICA.

Come esaminare un riflesso.

Il soggetto deve essere in stato di rilasciamento muscolare, e possibilmente distratto.

La percussione deve farsi sempre in maniera uguale, lasciando cadere dalla istessa altezza il martello tenuto fra due dita.

Non cercate il movimento riflesso dell'arto, chè è di poco interesse: ma prendete a piene mani il muscolo ed apprezzate la qualità e la intensità della contrazione. Così, sul riflesso rotuleo, cercate la contrazione del quadricipite e non il sollevamento del piede o della gamba.

(*Le Scalpel*, 23 sett. 1922, pag. 927).

PERSIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Influenza ed encefalite sperimentale.

G. Volpino e S. Racchiusa (*Annali di Igiene*, 9 settembre 1922) hanno inoculato sotto la dura di conigli dell'espettorato fresco di ammalati di forme polmonari acute influenzali, dopo averlo ripetutamente lavato fino a scomparsa del potere cheratogeno dovuto alla saliva e dopo averlo tenuto in glicerina, per un tempo variabile da 5 a 15 giorni.

Dopo un periodo di incubazione di 3-5 giorni, si sviluppò nei conigli una malattia febbrile che li condusse a morte in 7-12 giorni; i fenomeni presentati possono riassumersi in disturbi dell'equilibrio dovuti a perturbazione dei fenomeni sensoriali plantari, abbassamento delle orecchie, opistotono ed in seguito paresi o paralisi che progredirono fino alla morte. All'esame istologico del sistema nervoso centrale, si osservano oltre a gravi e diffuse alterazioni delle cellule nervose, specialmente del mesencefalo oltre al così detto manicotto cel-

lulare attorno ai vasi sanguigni, dei corpuscoli sia endo-cellulari che liberi; i primi si osservano particolarmente nel corno d'Ammone od in prossimità di esso, gli altri, rotondi, ovali od irregolari, del diametro di 5-12 μ, stanno nella cavità già occupata da cellule nervose o, apparentemente in cavità proprie. Nella pia meninge si ha lieve irritazione con infiltrazione di cellule linfocitoidi e mononucleari ed assenza di polinucleati. *Il reperto batteriologico è negativo;* la malattia non è riproducibile in serie.

Il decorso di questa encefalite, i fatti clinici, le lesioni isto-patologiche la differenziano nettamente da quelle provocate da batteri noti, quali il pneumococco ed il Bac. di Pfeiffer e la ravvicinano alla encefalite epidemica specialmente per quanto riguarda le lesioni.

Gli AA. eliminano le obbiezioni che i fatti osservati siano dovuti ad inoculazione di virus salivare od erpetico o di batterî morti o di tossine filtrabili. Trattasi di un virus invisibile ma non filtrabile, resistente all'azione della glicerina; il virus è probabilmente quello stesso dell'influenza, si può trovare anche nel faringe dei portatori sani, e sembra esaurirsi nella sostanza nervosa dei primi conigli inoculati.

Il lavoro è corredato di due tavole, assai dimostrative.

fil.

VARIA.

Clorofilla ed emoglobina.

In questi ultimi anni la importanza dei vegetali nella alimentazione umana è stata ancor meglio dimostrata in rapporto al loro contenuto in vitamine, la cui azione sullo sviluppo dell'organismo non può essere più messa in dubbio, quantunque poco o nulla si conosca della loro costituzione. Bürgi (*Lancet*, gennaio 1922) trova che i vegetali hanno una notevole influenza su l'organismo animale anche a causa del loro contenuto in clorofilla. La esatta composizione di questa sostanza è ancora sconosciuta. Essa non contiene ferro, ma deve avere con questo metallo strette relazioni, perchè non può prodursi in una pianta che vegeti in un terreno dal quale sia stato escluso rigorosamente il ferro. La clorofilla contiene magnesio, il quale forse disimpegna la stessa funzione che il ferro avrebbe nella molecola dell'emoglobina.

D'altra parte la filloporfirina ($C_{16} H_{18} N_2 O$), che è uno dei prodotti di decomposizione della clorofilla ha strette analogie con l'ematoporfirina ($C_{16} H_{18} N_2 O_3$), che è un prodotto di decomposizione dell'emoglobina senza contenuto di ferro. Procedendo a prodotti ulteriori di decomposizione si ha l'emopirol, che può ottenersi tanto dall'emoglobina quanto dalla clorofilla.

In base a queste analogie chimiche Bürgi sostiene che la clorofilla allo stato puro può essere usata vantaggiosamente per la produzione di emoglobina nel corpo animale.

Al riguardo si prospettano due quistioni: 1ª perchè dovrebbe preferirsi la clorofilla estratta dalle piante alla emoglobina estratta dal sangue di animali e di cui nel mercato già si trovano numerose e buone preparazioni; 2ª perchè si dovrebbe ricorrere alla sostanza pura, e quindi spendere di più, quando la clorofilla si trova in abbondante quantità nei vegetali che figurano abbondantemente nell'alimentazione ordinaria dell'uomo?

Bürgi risponde alla prima obbiezione osservando che il corpo animale forma esso stesso ciò che non è troppo semplice, nè troppo complicato, ed in genere trae dal regno vegetale i complessi molecolari atti a trasformarsi, variamente combinandosi, nell'organismo in sostanze atte alle proprie funzioni ed alla vita. È possibile quindi, benchè non sia stato ancora provato, che il composto senza ferro, l'ematoporfirina, derivi dalla filloporfirina e che questa combinandosi con il ferro dia luogo all'ematina. Farmacologicamente poi è stato dimostrato che il ferro viene assorbito dai composti più semplici e che l'emoglobina è disintegrata prima di essere assorbita. D'altra parte sarebbe meglio somministrare ferro e vegetali freschi che emoglobina.

Alla seconda obbiezione Bürgi risponde che dei vegetali commestibili solo gli spinaci contengono clorofilla in grande quantità e che anche in questi si trova in uno stato tale che la sua utilizzazione riesce difficile.

Ad ogni modo la quistione trattata dal Bürgi in modo affatto teorico merita di essere sottoposta al vaglio dell'esperienza.

dr.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Come annunciammo con commozione, nel precedente numero, il comm. Alberto Vigo (doctor Justitia), nostro valoroso collaboratore per le questioni legali, ha cessato di vivere. Il nostro rimpianto vivissimo sarà certamente condiviso dai lettori di questa rivista che ne apprezzarono l'opera coscienziosa e diligente, esplicata metodicamente, dalla fondazione del "Policlinico" a ieri, cioè per quasi un trentennio.

Egli aveva impresso un carattere personale alla rubrica affidata alle sue cure.

L'evento doloroso della morte è stato causa di una breve interruzione di continuità nella rubrica legale, avendo noi voluto riorganizzare con meditazione e in modo definitivo, su basi più larghe, le risposte ai quesiti giuridici e la trattazione dei problemi di politica sanitaria. Per questi importantissimi fini, con pieno gradimento della Direzione, ci siamo assicurata la collaborazione dell'avv. ***Giovanni Selvaggi,*** *stimato cultore degli studi giuridici e del diritto pubblico in specie, ben noto nel campo professionale e fortemente già affermatosi nel giornalismo giuridico, avendo egli diretto la "Rassegna Comunale" e la "Vita Sanitaria" ed essendo redattore e collaboratore di parecchie riviste giuridiche.*

Per provvedere meglio ai desideri dei nostri abbonati, i quali, prospettando le domande al loro fido consigliere, doctor Justitia, condizionavano, per ragioni ovvie, a numeri od iniziali le risposte di lui, nell'apposita rubrica del Giornale, questa consulenza gratuita sarà da ora innanzi prestata direttamente ai singoli interessati, per posta. In tal modo la risoluzione dei quesiti resterà riservata e diverrà più sollecita e meglio istruita caso per caso. È ovviamente immenso il beneficio per l'abbonato di trattare nella secreta confidenza del consulente il caso proprio.

In tal guisa l'inconveniente verificatosi nel passato e reso inevitabile dalle esigenze del Giornale, sia in ordine allo spazio sia per altre cause tipografiche, l'inconveniente cioè che, malgrado la nostra migliore volontà, la pubblicazione delle ***Risposte*** *talvolta ritardasse sia pure non molto, ma di tanto che i consigli di Justitia giungessero in tempo non più utile, sarà del tutto eliminato.*

Ci si permetta però di avvertire che, affinchè il servizio sia perfezionato, dovranno per primi cooperare gli stessi interessati coll'inviarci le loro domande tempestivamente e non già alla vigilia della scadenza dei termini.

Non vogliamo affatto dissimulare a noi stessi e ai nostri buoni abbonati il non indifferente peso che ci addossiamo con questa innovazione, la quale richiede l'impianto e la tenuta di un apposito archivio, lavoro dattilografico, ecc., onde il nuovo servizio proceda regolare e rapido quanto più possibile; ma la nostra amministrazione affronterà di buon grado questo sacrificio, animata com'è dal vivo desiderio di rendersi sempre più utile ai suoi abbonati.

Date le risposte private per lettera, individualmente, il Giornale potrà molto meglio e più utilmente dedicare lo spazio a questioni di indole generale. Sarà quindi in cambio iniziata una nuova rubrica di ***questioni pratiche,*** *nella quale saranno trattate sinteticamente controversie giuridiche di attualità, che possano interessare la generalità dei sanitari.*

In questa parte politico-sanitaria del nostro Giornale, oltre le suaccennate ***questioni giuridiche pratiche,*** *saranno trattati:*

a) *argomenti e problemi di politica sanitaria;*

b) *questioni giuridiche pratiche con note di di dottrina, giurisprudenza e legislazione.*

Insomma, mentre miglioriamo il servizio delle ***Risposte a Quesiti,*** *vogliamo così organizzare tutto un sistema di divulgazione che consenta ai nostri lettori di seguire, con sufficiente conoscenza sintetica, le vicende più notevoli della politica sanitaria e l'applicazione pratica delle norme di diritto pubblico sanitario.*

Alla fine dell'anno, l'indice generale avrà particolare riguardo agli argomenti trattati nella nuova rubrica.

La consulenza gratuita è prestata direttamente agli abbonati per quesiti che non richiedano esami di atti e speciali indagini.

I quesiti devono essere inviati, per lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta, e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico» - Via Sistina, 14 - Roma VI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

COLTURA SUPERIORE.

L'odierna crisi della produzione scientifica ed il riordinamento degli Istituti Superiori.

Questo tema è stato svolto dal prof. Achille Monti nel discorso inaugurale dell'anno accademico a Pavia.

Riconosciuto che l'Italia dispone essenzialmente di due forze vive, il lavoro e la scienza, che alla attività di queste forze l'Italia è debitrice di tutti i suoi progressi, l'oratore mira a dimostrare che per risolvere l'odierna crisi di assestamento bisogna provvedere non solo riattivando il lavoro produttivo materiale, ma anche il lavoro scientifico, perchè, come scriveva il fondatore dell'Istituto Rockefeller di Nuova York, dallo sviluppo delle ricerche sperimentali, dai nuovi ritrovati scientifici, dal ricambio intellettuale tra gli scienziati, dalla formazione di specialisti sempre più abili, dalle nuove applicazioni della scienza ai bisogni degli individui dei gruppi e delle nazioni, dipende nella più larga misura il progresso del mondo in materia di produttività economica, di salute pubblica, di buona volontà nazionale od internazionale.

L'odierna crisi, secondo il prof. Monti, è un fenomeno di stanchezza collettiva, una crisi di anime, che sarà facilmente superata, se noi provvederemo a tempo. Il momento è propizio.

Per provvedere bisogna prendere in considerazione gli istituti esistenti ed i nuovi bisogni, i loro ordinamenti, i mezzi disponibili e gli uomini. Circa gli istituti i Governi passati non ebbero mai direttive precise. Riconobbero che all'Italia mancavano molte istituzioni, uffici, laboratori di ricerca, stazioni sperimentali e le istituirono, mentre proclamavano che le Università erano troppo numerose e non avevano il coraggio di trasformarle in quelle nuove scuole o nuove istituzioni di scienza applicata alla pratica, di cui si sentiva la necessità. Ogni ministro fece da sè e si ebbe così non una riduzione, ma una moltiplicazione di istituti superiori senza mezzi sufficienti.

Ma intanto molte regioni d'Italia non ebbero lo sviluppo di studi onde avevano bisogno; mancò l'istituzione di una Università Politecnica a Bari, che avrebbe servito per estendere la nostra sfera di influenza sull'Adriatico; si lasciarono la Sardegna e la Sicilia senza scuole di agraria e di veterinaria. Per incuria del nostro Governo si perdette il diritto di conferire lauree agli italiani della Svizzera; non si provvide affatto per gli italiani all'estero. E mal si provvide per gli italiani delle Terre Redente, dove a Trieste non solo non si crearono istituti di cultura italiana, ma si distrussero istituti che anche l'Austria aveva rispettati. Non si seppe restituire ai trentini l'antico diritto di concorrere al Collegio Ghislieri (che nel 1866 fu restituito subito dopo la guerra alla Provincia di Mantova) e si permise ai nuovi cittadini di andare a studiare a Innsbruck, si affidò persino a scienziati tedeschi il rilevamento geologico ed idroelettrico dell'Alto Adige, quasi che i nostri tecnici non sapessero farlo.

Occorre coordinare i nostri istituti Universitari, trasformarli, unificarli, ridurli dove occorra, e richiedere loro una più diretta partecipazione alla vita ed alla ricostruzione nazionale.

Per arrivare allo scopo non bastano gli istituti, occorrono gli uomini. I giovani che videro mutilata la vittoria non hanno più fede negli studi. La scuola media non educa buoni elementi nuovi, per difetto degli insegnanti. La preparazione di questi è fatta nell'Università ed è all'Università che si deve richiedere un migliore indirizzo. Dopo il fallimento delle scuole universitarie di magistero, dopo che il vivaio degli assistenti ha cominciato ad inaridire bisogna provvedere, secondo il prof. Monti, annettendo alle Università le scuole medie come scuole di tirocinio e conferendo ai professori di tali scuole il grado e le funzioni di aiuti universitarii addetti alle rispettive cattedre col mandato di preparare i futuri insegnanti di scuole medie. Per le discipline sperimentali che richiedono lavori sul terreno od in laboratori, oltre agli assistenti con funzioni di professori medi, bisognerà creare anche assistenti di laboratorio scelti nel ruolo generale delle scuole medie e considerati come in missione presso gli istituti universitarii. Per la medicina è venuto il momento di unificare tutti i servizi sanitari regionali, anche per provvedere alla crisi della beneficenza e della assistenza ospitaliera: nel ruolo unico dei sanitari regionali saranno compresi anche gli assistenti della Facoltà di medicina.

L'Amministrazione Provinciale o meglio Regionale sanitaria dovrebbe comprendere tutti i servizi sanitari della regione, le condotte mediche, gli ufficiali sanitari, i laboratori di vigilanza igienica, gli ospedali tutti, gli ambulatori, i dispensari, ed in genere tutti gli istituti di assistenza medica, chirurgica ed ostetrica, la medicina ed igiene del lavoro industriale, l'infortunistica, le assicurazioni sociali, le opere di risanamento e bonifica.

Tale Amministrazione, retta da un Medico Provinciale o da un Ispettore sanitario Regionale, composta di un Consiglio Sanitario comprendente i rappresentanti elettivi delle diverse categorie di sanitari comprenderà nell'organico del suo personale anche gli assistenti della Facoltà medica situata nella regione o nella provincia. Gli assistenti saranno considerati come funzionari dell'Amministrazione sanitaria comandati a prestare servizio esclusivo presso la Facoltà medica e non potranno avere altri uffici.

Dopo uno o più bienni di esercizio nell'ufficio di assistente, i giovani medici si presenteranno come meglio preparati per assumere le responsabilità del servizio di ufficiale sanitario ed avran-

no un titolo di preferenza per tali posti; potranno avere dietro particolari prove pratiche titolo e grado di *specialisti*, particolarmente indicati, gli uni per laboratori di vigilanza igienica, gli altri per i compiti del medico scolastico, altri ancora per la infortunistica o per le assicurazioni, altri per la direzione di ambulatori, di dispensari, di colonie climatiche, di sanatori o per l'ufficio di settore ospedaliero o di Primario medico, chirurgo, ostetrico, ginecologo, dermatologo, oculista, ecc. nei diversi ospedali provinciali o circondariali della regione.

Il servizio prestato presso la Facoltà medica sarà titolo di preferenza. Con tale ordinamento si raggiungeranno sicuri progressi nella assistenza e vigilanza sanitaria regionale che riuscirà più organica, più specializzata, più tecnica.

Gli assistenti delle scuole di applicazione per ingegneri potranno alla stessa guisa essere iscritti nel corpo del Genio Civile o tra gli ingegneri delle Ferrovie o delle Aziende elettriche o del Magistrato delle acque o delle Miniere, ecc., a seconda della specialità che coltivano e della cattedra presso la quale saranno comandati.

Come per l'assistentato, come per i professori di scuole medie, così per la libera docenza si invocano oggi provvedimenti, atti a restaurare le sorti degli studi superiori e lo speciale carattere di quella, oggi divenuta una sorte di diploma professionale o di titolo di preferenza pratica, specialmente per l'esercizio dell'arte medica.

Mentre ogni altra categoria di studi sempre più si orienta verso la specializzazione tecnica, le nostre Facoltà mediche sono rimaste alla laurea classica in medicina e chirurgia e non hanno ancora saputo dare vita e fisionomia propria a quella specializzazione tecnica di cui nella pratica si sente da un pezzo il bisogno. Perciò i medici quando vollero essere specialisti e cercarono una sanzione legale alla loro specializzazione, dovettero chiederla alla libera docenza, adattandone il diploma ai fini professionali.

Se lo Stato accogliendo i nostri voti vorrà creare per i medici il diploma di specialista da conferirsi dopo un biennio di studi pratici e professionali in Istituti clinici riccamente dotati ed organizzati a tal fine, come vogliono essere i nostri Istituti clinici di perfezionamento in Milano, noi avremo risolto il problema secondo i voti di tanti Congressi di sanitari, di professori e di specialisti.

La libera docenza perderà allora ogni carattere di specializzazione ed avrà soltanto valore di titolo didattico da conferirsi a coloro che, raggiunto un certo grado di maturità scientifica documentata dagli studi compiuti, aspirano all'insegnamento. Ma per tradurre in atto le riforme prese in essame, occorre un Governo forte che abbia piena ed intera la coscienza del momento storico. Perchè le riforme siano feconde è necessario che tutti, professori e studenti, assistenti e subalterni, facciano volonterosamente il loro dovere.

ASSISTENZA SANITARIA.

Associazione Italiana Direttori Sanitari di Istituti Ospitalieri.

L'Associazione Italiana tra Direttori Sanitari di Istituti Ospitalieri nell'assemblea tenuta in Venezia il 7 ottobre 1922 ha fatto voti perchè:

1) sia prorogata almeno per gli anni 1921 e 1922 la disposizione che mette i rispettivi disavanzi a carico dei Comuni e degli altri Enti ai quali spetta il pagamento delle rette di spedalità;

2) siano istituite Scuole ospedaliere autonome ad istruzione e perfezionamento dei Medici pratici, seguendo l'esempio che Roma ha dato, e come avviamento all'istituzione dell'*Interinato ospedaliero* prima della laurea;

3) le Amministrazioni e Direzioni ospedaliere diano alle scuole del personale infermiere opportuno ordinamento;

4) l'assistenza ai malati sia per la massima parte gradualmente affidata a personale femminile;

5) agli Ospizi e Ricoveri aventi funzione ospedaliera siano estese le disposizioni del Regolamento sanitario-tipo per gli Ospedali.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Medici Infortunisti Sezione Tre Venezie.

L'Assemblea dei Medici infortunisti del Veneto ha votato il seguente ordine del giorno:

La sezione veneta, ecc., considerando che per dare alle nostre vigenti leggi sull'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro la vera portata sociale per cui vennero ideate, occorre conferire al medico infortunista una speciale cultura, fa voti, che presso le Facoltà mediche trovino posto corsi di perfezionamento sull'infortunistica, e sulle malattie professionali.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Tutti gli ufficiali medici in attività di servizio hanno già dato il loro contributo per la celebrazione dei medici morti in guerra: nessun medico civile deve mancare nell'elenco dei sottoscrittori, nessuno deve essere assente in quest'opera di riconoscenza e di glorificazione del sacrificio dei colleghi.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 4 del 1923):

(ROMA):

Nome	Lire
Dott. Sergi	» 25
Dott. Grossi	» 25 —
Dott. De Vivo	» 25 —
Dott. Calcinai	» 25 —
Cap. Med. Marinucci	» 50
Prof. Sabatini	» 20 —
Prof. Egidi	» 100 —
Prof. Guidi	» 30 —
Dott. Parozzani	» 50 —
Dott. Fioravanti	» 50
Dott. Cesari	» 40 —
Prof. Costantini	» 30 —
R. G. Cap. Bollea	» 80 —
R. G. Cap. Musacchio	» 100
R. G. Ten. La Martina	» 50
R. G. Ten. Ambrogi	» 50 —
R. G. Ten. Romita	» 50 —
R. G. Ten. La Rosa	» 35.20
R. G. Ten. Passalacqua	» 50 —
Dott. Palazzi	» 30 —
Cap. Med. Grandi	» 60 —
Dott. Rainaldi	» 50 —
Dott. Antognoli	» 35 —
Dott. Gilardoni	» 25
Dott. Crespi	» 100 —
Dott. Calzolari	» 30 —
Prof. Lomonaco	» 10 —
Dott. Salimei	» 200
Magg. Med. Ippoliti	» 100 —
Magg. Med. Ingravalle	» 100 —
Dott. Dominici Olinto	» 25 —
Prof. Puntoni	» 100 —
Dott. Pomponi	» 50 —
Dott. Primangeli	» 15
Dott. Gentili	» 50 —
Cap. Med. Folena	» 80 —
S. Ten. Med. Santoboni	» 60 —
S. Ten. Med. Brizi	» 35
Dott. Raponi	» 25 —
Dott. Grandoni	» 20 —
Dott. Webb	» 100 —
Dott. Noccioli	» 20
Cap. Med. Catarzi	» 90 —
Cap. Med. Ribolla	» 70 —
S. Ten. Med. Stirpe	» 70 —
Dott. Lucchesini	» 25 —
Dott. Donati	» 40 —
Dott. Zunini	» 100 —
Prof. Giannelli Augusto	» 50 —
Fondo residuale istituenda Rivista Odontoiatrica	» 189.80
Dott. Persichetti	» 50 —
Magg. Polosa	» 100
S. Ten. Med. Bortolotti	» 70 —
S. Ten. Med. Dazio	» 70 —
Dott. Rosi	» 50 —
Ten. Col. Consiglio	» 55 —
Dott. Mattoli Corradino	» 50 —
Dott. Filippeschi	» 20 —
Prof. Cignozzi	» 50 —
Prof. Anzillotti	» 100 —
Dott. Bifani	» 100 —
Cap. Med. Di Gemma	» 50 —
Dott. Petrucci	» 25 —
Dott. Dominici	» 25 —
Cap. Med. Sabatini	» 150 —
Ten. Col. Med. Tobia	» 120 —
Dott. Rossi	» 10 —
Cap. Med. Paoletti	» 80 —
Magg. Med. Magnini	» 30 —
Dott. Faelli	» 70 —
S. Ten. Med. Sereni	» 70
S. Ten. Med. Pandozzi	» 70
Ten. Col. Prof. Santamaria	» 120 —
Dott. Pazzi	» 100 —
Prof. Arcangeli	» 100
Dott. Sforza	» 100 —
S. Ten. Med. Pagano	» 70 —
Prof. Laurenti	» 50
Dott. Catani	» 50 —
Dott. Benini	» 50
Prof. Signorelli	» 100 —
Cap. Med. Argamini	» 100 —
Ten. Med. Pergolani	» 70 —
Ten. Med. Tarquini	» 10 —
Dott. Caccialupi Piero	» 100 —
Prof. Alessandrini Paolo	» 100 —
Prof. Senni	» 100 —
Prof. Squarti Penna	» 50 —
Dott. De Nicola	» 25 —
Prof. Quirico Giovanni	» 100 —
Dott. Bianchi	» 20 —
Prof. Bellussi	» 100 —
Dott. Turillazzi	» 50 —
Dott. Agostini	» 20 —
R. G. Ten. Mastrolla	» 50 —
R. G. Ten. Caputi	» 50 —
Dott. Angelucci	» 25 —
Cap. Med. Dattilo	» 30 —
Cap. Med. Monti	» 30 —
Dott. Bottari	» 10 —
S. Ten. Manteri	» 20 —
Dott. Aliotta	» 20 —
Prof. Gallenga	» 50 —
Prof. Paparozzi	» 50 —
Dott. Tesei	» 30 —
Dott. Cricchi	» 50 —
Dott. Albeggiani	» 15 —
Dott.ª Savini	» 25 —
Dott. Costantini	» 25

(*Continua*).

Pe i congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Siracusa*: Dott. Ascenzio Francesco, Pozzallo.

Provincia di *Sassari*: Dottori: Gaspare Corda, Calangianus — Meloni Francesco, Ittiri — Solinas Sebastiano, Ittiri — Pala Salvatore, Luras — Mighelli Filippo, Sassari — Cabras Luigi, Banari — Arru Bartoli Antonio, Padria — Arras Giovanni, Ossi — Mannazzu Salvatore, Sassari — Pioletti Claudio, Uri — Sechi Arminio, Usini — Pirisinu Giacomo, Monti — Pisano Antonio, Alghero — Meloni Francesco, Ozieri — Martinu Antonio, Pattada — Porcu Pietro, Salulè — Sanna Vittorio, Buddusò — Olia Gianuario, Villanova — Pinna Cavino, Mara — Senes Andrea, Bolotana — Scarpa Antonio, Bolotana — Marchi Gioachino, Fonni — Porcu Giovanni, Ollolai — Sircana Flavio, Lula — Corda Salvatore, Benetutti — Cubeddu Martino, Bultei — Masala Bonaventura, Burgos — Pais Michelino, Nule — Mundula Salvatore, Oschiri — Concordi Gentullio, Palao — Lavosi Antonio, Bulzi — Perantoni Mario, Cargeghe — Pisano Alfredo, Castelsardo — Lombardi Paolo, Codrongianus — Masia Placido, Florinas — Marras Giovanni, Sennori — Demartini Gian Giacomo, Thiesi — De Lorenzo Annibale, Torralba — Demurtas Efisio, Galtelli — Monti Vincenzo, Irgoli — Floris Antonio, Nuoro — Tamponi Mario, Milano (piazza Vittoria, 21) — Fine Giovanni, Tissi — Giau Francesco, Silanus — Corbia Attilio, Sassari — Trincas Mario, Modena (presso il S. Prefetto) — Mesina Efisio, Olzai — Sechi Giovanni, Buddusò — Sini Damiano, Tula — Alasia Enrico, Giave — Calamida Raffaele, Orgosolo — Chesca Giacomo, Orune — Sircana Mario, Orossi — Cusino Battistino, Orotelli — Marras Francesco, Nughedu S. Nicolò — Passeroni Carlo, Berchidda — Rassu Giuseppe, Borutta — Cugusi Leonardo, Cheremulo — Buffoni Ferdinando, Bitti — Campus Guido, Sassari — Sanna Pietro, Lodè — Gaias Vincenzo, Mamojada.

Provincia di *Portomaurizio*: Dottori: Fornara Domenico, Taggia — Verando Giacomo, S. Remo — Ghersi Giovanni, Oneglia — Geva Vincenzo, Ventimiglia — Natta Giuseppe, Chiusavecchia.

Provincia di *Piacenza*: Dott. De Lama Pietro, Mortizza.

Provincia di *Palermo*: Dottori: Cafarella Lorenzo, Vicari — Pace Francesco, Montemaggiore — Prestidonato Filippo, Monreale — Buccola Luca, Mezzojuso — Randazzo Vincenzo, Altavilla — Orlando Gioacchino, Lercara — Cebbia Nicolò, Villafrati — Tirrito Guglielmo, Bagheria — Bartolotta Antonino, Collesano — Matranga Giuseppe, Carini — Leone Giovanni, Valledolso — Ortoleva Francesco, Marineo — Cuccia Luigi, Bolognetta — Sabatino Calogero, Petralia-Sottana — La Placa Natale, Polizzi Generosa — Bruno Gerlando, Alimena — Oliva Gioacchino, Torretta — Cebbia Nicolò, Godrano — Petrella Antonino, Piana dei Greci — Gangi Giuseppe, Bompietro — Maranto Giuseppe, Gratteri — Urso Cosimo, Parco — Randacio Mario, Ustica — Marano Giuseppe, Borghetto — Scelsi Gaetano, Isnello — Zito Antonino, S. Flavia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AMARONI (*Catanzaro*). — Scadenza 3 febbraio; condotta soli poveri num. 1350; L. 7000 lorde; lire 2000 indennità uff. san.; età limite 45; documenti rito.

AQUILA. *Congregazione di Carità*. — Chirurgo primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 lorde; diritto alla percezione di compensi per operazioni chirurgiche ai paganti in proprio. Docum. alla Segreteria non oltre il 10 febbraio. Età massima 46 al 22 dicembre. Biennio in clinica universitaria od ospedale. Prova biennale; serv. entro 15 giorni.

CASERTA. *R. Prefettura*. — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

CASTELLEONE (*Cremona*). — 2ª cond., e Osped. civile; L. 13.500 complessiv., addizion. L. 2, c.-v., indenn. mezzi trasp. Scad. 31 gen. (L'annunzio ci è stato rimesso con ritardo).

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — L. 7000 ed un c.-v., L. 300 quale uff. san. Proroga 28 feb. Serv. entro 15 g. Acqua, luce elettr., 27 km. da Roma con 4 corse giornaliere andata e 4 ritorno.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; per Saturnia-Poggio-Capanne; ab. 1500; L. 9000 oltre lire 1000 indenn. resid., 10 trienni ventesimo, L. 2500 cav., due c.-v.

MARINO (*Roma*). — 2ª cond., 30 giorni dal 2 gen. L. 8000; addiz. L. 1.50 oltre 2000 pov.; doppio c.-v.

MIRA (*Venezia*). — L. 6000 e 3 quinq. decimo, oltre L. 1800 indenn. trasporto, L. 800 indennità malaria; in studio miglioramenti economici. Scad. ore 17 del 15 febbr. Esercizio biennale. L. 5 ogni famiglia sopra le 500 (*sic*). Ab. 3660 in 675 fam., di cui 320 circa povere. Serv. entro 8 giorni (*sic*) dalla comunic. di nomina.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

PONTREMOLI (*Massa-Carrara*). — *Ospedale Civile*. Direttore e chirurgo; 100 letti, camere a pagam., gabinetto di radiol., chim.-microsc., bagni di luce, ecc.; L. 15,000 e proventi di tassa operatoria, di gabinetti, cure speciali, ecc. Scad. 15 febbraio. Servizio entro 20 g. Per informaz. e schiarim. rivolgersi alla Congreg. di Carità.

SERRAUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 10 feb. Per 1000 pov. circa; L. 6500 e 5 quinquenni decimo, doppio c.-v.; L. 500 indenn. resid., L. 300 arm. farm. e quale uff. san. (*sic*), L. 3000 cav., L. 2 ogni povero oltre i 500

TRAREGO (*Novara*). — Scad. 10 febbraio. Consorzio Trarego-Viggiota; abitanti 912; poveri 50. Lire 4000 lorde; assegno complementare L. 2200; uff. san. L. 500; indenn. alloggio L. 500; indenn. c.-v. L. 1200. Assunzione servizio entro 15 giorni.

BORSE DI STUDIO.

ROMA. *Ministero per l'Agricoltura.* — Sono istituite due borse di studio, ciascuna di L. 12,000, da conferirsi dal Ministero di Agricoltura, a laureati in scienze agrarie, o scienze naturali, o medicina e chirurgia, per la esecuzione di ricerche malariologiche ed anofelogiche connesse con la colonizzazione e con la piccola bonifica igienica dei terreni malarici. Ciascuna borsa, nel cui ammontare sono comprese tutte le spese inerenti alle ricerche da eseguire, sarà corrisposta in rate bimestrali posticipate, e verrà goduta nel periodo di 12 mesi continui, da trascorrere presso RR. Istituti d'istruzione o sperimentali o presso Istituzioni private di riconosciuta importanza. I titolari delle borse dovranno ogni due mesi riferire al Ministero sulle ricerche compiute, e dopo un mese dalla cessazione del godimento di quelle, dovranno presentare una relazione riassuntiva sugli studi ed esperienze eseguite e sui risultati ottenuti. Alle memorie che risulteranno particolarmente meritevoli per la originalità e speciale importanza delle ricerche compiute, il Ministero di Agricoltura potrà assegnare un adeguato premio in danaro. Età massima dei concorrenti 35 anni al 31 marzo. Per le modalità di partecipazione al concorso rivolgersi al Ministero di Agricoltura (Direzione generale della Colonizzazione e del Credito agrario).

Diffide e boicottaggi.

La Sezione Piacentina, rinnova e conferma diffida eventuale concorso Comune di Bardi, alta montagna, per insufficiente indennità cavallo.

La Sezione di Frosinone e Velletri dell'Assoc. Naz. dei Medici Condotti diffida il concorso bandito fino a tutto il 30 corr. gennaio alla condotta di Supino a L. 7000 per i soli poveri, perchè l'elenco di questi comprende tutta la popolazione escluse solo 9 famiglie.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. dott. Giovanni Zanetti direttore dell'Ospedale di Brescello, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia in considerazione di particolari benemerenze acquistate in dipendenza della guerra 1915-1918.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso teorico-pratico di Immunologia e Sierodiagnostica.

Sarà tenuto dalla Facoltà Medico-Chirurgica e di Perfezionamento di Pavia e Milano (Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano), dal 29 gennaio al 9 febbraio, alla sede dell'Istituto Sieroterapico milanese (in via Antonio Lecchi, 14).

Le lezioni, in numero di 20, saranno impartite dai proff.: comm. Serafino Belfanti, direttore dell'Istituto; Domenico Carbone, Luigi Viganò e Amilcare Zironi, aiuti.

Il numero degli iscritti è limitato a 20. La tassa da versarsi all'atto dell'iscrizione, e non restituibile, è di L. 200. In detta tassa sono comprese tutte le spese inerenti alle esercitazioni.

Conferenza del prof. Centanni.

Dinanzi ad un uditorio di circa cinquecento medici, il prof. Eugenio Centanni, ordinario nell'Università di Modena, ha tenuto nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma una conferenza su «I progressi della dottrina immunitaria». Fra i presenti erano il sen. prof. Marchiafava, il professor Gallenga, presidente dell'Ordine, l'on. dottor Bussi, ecc.

Fondandosi su la istantaneità delle reazioni, su la infinita piccolezza delle frazioni proteiche o albuminoidi, che valgono a provocarle, il conferenziere sostenne che queste reazioni non sono dovute a proteine, ma a qualche misteriosa sostanza in esse contenuta, la quale è tanto possente, da provocare un istantaneo e vistoso tumulto nell'organismo, sotto forma di immunità o di anafilassi (sensibilizzazione). Queste sostanze non agirebbero nè soltanto fisicamente, combinandosi con la cellula come elementi positivi con elementi caricati negativamente, nè soltanto chimicamente: ma la loro azione sarebbe dovuta così a forze fisiche come a forze chimiche: forse a qualche cosa di molto somigliante alle disintegrazioni di elementi ionici. Interessantissime parvero le esperienze, per le quali mentre un idropico non può liberarsi del suo versamento, ciò riesce talora possibile quando una infinitesima parte del versamento stesso gli sia inoculata nella pelle; ed altre, per le quali la inoculazione intradermica di siero artificiale (soluzione cloruro-sodica) possa determinare nell'organismo reazioni immunitarie. Il conferenziere, partendo dal conflitto iniziale tra teoria specifica e teoria aspecifica della immunità, giunse alla conclusione che i nostri studi non debbono fermarsi agli effetti suscitati nel nostro organismo dalla introduzione di queste infinitesimali, ultrapotenti quantità di misteriose sostanze nel corpo umano, ma debbono mirare al dinamismo della cellula, di quest'area minuscola e prodigiosa, dove si compiono i misteri più profondi della malattia e della immunizzazione.

Per una fondazione Riccardo Luzzatto.

Con Riccardo Luzzatto, ordinario di Materia Medica nella R. Università di Modena, è scomparso un appassionato cultore delle scienze biolo-

giche ed un apostolo fervente per l'indirizzo della biochimica e terapia sperimentale. La larga eredità di affetti e di estimazione che l'Estinto ha lasciato troverà la sua espressione nelle onoranze che l'Ateneo Modenese si accinge a preparargli. Ma il rimpianto tra i colleghi è stato sì forte da far sorgere il desiderio che il Suo nome sia ricordato perennemente. Perciò i colleghi della Facoltà di Medicina, a cui si sono associati quelli delle Scuole di Farmacia e di Veterinaria, gli hanno dedicato una lapide nell'Istituto dove Egli insegnava e da Maestro sapeva trasfondere negli allievi il Suo inesauribile amore per la scienza. E perchè il Suo nobile esempio suoni incentivo alle ricerche sperimentali che Egli predilegeva, i colleghi, gli estimatori e gli amici che Egli vantava numerosi, anche fuori dell'Ateneo, si sono riuniti per raccogliere i mezzi onde poter istituire presso l'Ateneo Modenese una fondazione di Biochimica e Terapia sperimentale intitolata al Suo nome.

Questo è il modo più atto a perpetuare il ricordo di Riccardo Luzzatto ed a trasfondere nei giovani studiosi il culto per la scienza che Egli sentiva così fortemente.

La famiglia del compianto Collega ha disposto di contribuire largamente.

Le offerte vanno indirizzate all'Economato della R. Università di Modena non più tardi del 28 febbraio del corrente anno.

Medico italiano premiato in Francia.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha assegnato due premi al dott. Cesare Pezzi: l'uno — il Premio Guérétin — pel Trattato sulle malattie congenite del cuore, in collaborazione col dott. Lambry; l'altro — il Premio Guzman — per le Ricerche sull'azione cardio-vascolare della chinina e della chinidina, in collaborazione col dott. Clerc.

Premio per gli studi sul cancro.

La dott.ssa Sofia A. Nordhoff-Jung di Washington (Stati Uniti d'America) ha istituito un fondo che consente di assegnare un premio annuale di 500 dollari per incoraggiare e premiare le ricerche sul cancro. Verrà assegnato per la prima volta nel mese di dicembre 1923; l'aggiudicazione sarà fatta da una commissione di professori dell'Università di Monaco di Baviera: i proff. Döderlein, Sauerbruch e Bort sotto la presidenza del prof. von Romberg, per i lavori più importanti eseguiti durante il 1922 e 1923.

Libera docenza chiesta da una levatrice.

La signorina Rosa Malacarne, levatrice a Ferrara e presidente della Federazione delle Società delle Levatrici, ha chiesto la libera docenza in Clinica Ostetrica e Ginecologica per titoli, domandando in pari tempo che fosse riconosciuta la equipollenza dei suoi titoli con la laurea in medicina.

Il Consiglio Superiore dell'Istruzione, considerando che la sig.na Malacarne non ha la laurea in medicina e che le sei memorie presentate e gli altri documenti non possono valere come laurea, esprimeva unanime parere contrario all'accoglimento della domanda.

Per la lotta antimalarica nelle Paludi Pontine.

« Il Messaggero » del 13 gennaio reca:

« Per l'opera svolta dall'Istituto per la bonifica antimalarica nella regione Pontina, da qualche tempo il dott. Simeone D'Arman svolgeva una campagna contro il comm. dott. Antonino Pais, direttore dell'Istituto antimalarico. Questi sporgeva querela contro il D'Arman dando ampia facoltà di prova, specialmente per quanto riguarda l'azione svolta dall'Istituto antimalarico per mezzo della radioterapia.

« Ieri si è svolto un vivace dibattimento davanti il pretore di Terracina che ha condannato il dottor D'Arman alle pena di 75 giorni di reclusione, 83 lire di multa, ai danni da liquidarsi in separata sede e alla pubblicazione della sentenza, a spese del D'Arman nel *Messaggero* di Roma e nel *Gazzettino* di Venezia, dichiarando sospesa la pena per condanna condizionale ».

Con il prof. FELICE LA TORRE scompare una delle figure più caratteristiche e simpatiche della famiglia medica italiana.

Era nato 76 anni or sono a Savoca (Messina). Aveva seguito dapprima la carriera medica militare; poi si era consacrato all'ostetricia. Abilitato alla libera docenza, fondò a Roma un Istituto clinico, ove impartì per lunghi anni, con amorevole efficacia, un insegnamento pratico, del quale molti medici gli restano tuttora grati.

Il suo nome rimarrà legato specialmente alla costrizione dell'aorta addominale mediante una fasciatura anelastica, per l'emostasi uterina; 37 anni dopo Momburg applicava un mezzo analogo, la costrizione mediante un laccio elastico, per l'emostasi degli arti inferiori a scopo operativo.

Meritano una menzione speciale anche gli studii che il La Torre ha compiuto, con ardente entusiasmo, sull'istologia e sulla fisiologia dell'utero, nel quale egli ha descritto dei gangli nervosi e ha indagato l'architettura dei fasci muscolari.

Ha pubblicato gli « Elementi di Ostetricia » in due volumi, editi dai Fratelli Bocca, ancora consultati con profitto. Ha dato alla luce molte altre pubblicazioni, tra cui il ponderoso volume « L'utero attraverso i secoli », copiosamente illustrato: in esso sono raccolte le più singolari notizie che hanno corso i tempi. e le più precise conoscenze attuali sull'organo gestatore.

Da 25 anni dirigeva « La Clinica Ostetrica », periodico per i pratici, col quale ha compiuto opera valida e zelante di diffusione della specialità.

Coscienza proba e schietta, carattere intemerato ma irruento e battagliero, aborriva dagli intrighi. Polemista arguto, dalla dialettica colorita, esprimeva l'impressione immediata, con impulso spontaneo. Patriota fervente, offrì la sua opera al Paese in guerra: già inoltrato negli anni, ma an-

cora aitante nella quasi gigantesca persona, egli fu un milite disciplinato e volenteroso nell'esercito di assistenza sanitaria.

La sua generosa personalità irradiava larghe simpatie.

L. V.

Il 19 dicembre, dopo brevissima malattia, a soli 62 anni, si è spento in Pontremoli il comm. dott. PIETRO POZZA, direttore chirurgo di quell'Ospedale. Fu valentissimo operatore ed altrettanto modesto quanto esimio professionista. Lascia ricordo e rimpianto fra i colleghi che lo amavano per le sue preclari doti.

N. A. Chiartelli.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

British Med. Journ., 23 sett. — G. Parter. Osteoartriti dell'anca. — G. M. Robertson. La psicoterapia (discuss.).

Americ. Medicine, ag. — H. Benjamin. Effetti dell'operazione di Steinach. — M. Thorek. Trapianto testicolare libero dalla scimmia all'uomo. — B. Hall. L'oralogia; cooperazione dell'odontoiatra e dell'internista.

Riforma Med., 25 sett. — E. Musante. Alterazioni ematologiche nella tubercolosi polmonare; effetti della cura specifica. — G. Lino. Acidità gastrica e lesioni duodenali. — I. Nicolieff. Echinococcosi dell'utero e degli annessi.

Wien. Klin. Wochens., 21 sett. — F. Schlemmer. Il problema delle tonsille.

Mediz. Klinik, 24 sett. — C. Leiner. Nutrizione e dermatosi dei lattanti.

Münch. Med. Wochens., 22 sett. — H. Burckhardt. Il problema del cancro e le produzioni epiteliali. — H. Maass. Il rachitismo enigmatico. — R. England. Asimmetria funzionale. — L. Friedmann. Iodotireoidismo di Kocher.

Paris Méd., 23 sett. — G. Linossier. Trattamento dietetico del diabete. — Millous. Cisti ematica del rene destro.

Difesa sociale, ag. — J. Amar. L'igiene sociale. — C. Dini. Il neo-malthusianismo.

Pensiero Med., 9 sett. — A. Agosta. Afasia motoria e nucleo lenticolare.

Liguria Med., 1º ag. — E. Morselli. La tubercolosi nella etiologia e patogenesi delle malattie nervose e mentali.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 sett. — R. Cruchet. I segni clinici essenziali di bradicinesia post-encefalitica.

Journ. d. Praticiens, 23 sett. — J. A. Sicard. Sindromi neuro-vegetative in alcune malattie del nevrasse (polinevrite, tabe, zona).

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 7 sett. — A. Zino. Pleuro-pericarditi. — 17 sett. G. Poggio. Presunti rapporti fra alcalimetria sanguigna ed infezione influenzale.

LA RUBRICA DELL' AMMINISTRAZIONE.

Giudizi e auguri di lettori.

In occasione del rinnovo degli abbonamenti ci è pervenuta una mole ingentissima di giudizi favorevoli, ci sono state rivolte infinite parole d'incoraggiamento, di plauso e di augurio le quali confermano l'immutabile buona amicizia che lega al giornale i suoi lettori.

Esprimiamo ai moltissimi amici i nostri ringraziamenti più affettuosi e formuliamo a nostra volta per essi i nostri fervidi augurii di successo professionale e di elevate soddisfazioni morali.

Ci sia permesso di riportare un piccolo florilegio di questa corrispondenza, la quale costituisce il miglior premio all'opera modesta ma vigile e solerte, della famiglia redazionale e amministrativa del «Policlinico».

L'Editore.

Il dott. Pietro Costa di Firenze scrive:

... Giornale di Medicina così ben fatto che mi sembra cosa superflua lodarlo e ringraziarlo per tutto ciò che ci insegna tenendoci al corrente sia dal lato scientifico come da quello che si volge al lato sociale.

Il gr. uff. dott. Ignazio Carrieri di Grottaglie (Lecce) scrive:

«Il Policlinico» parmi sia il giornale medico più completo che si pubblichi in Italia; merita il plauso e l'incoraggiamento di quanti seguono il movimento scientifico moderno e rinnovo perciò di gran cuore la mia associazione.

Il dott. Ignazio Fazzari da Palermo:

..... il mio migliore augurio alla prosperità del giornale che così meritatamente gode la fiducia di tutta la classe medica...

Il dott. Francesco Fasano di Canneto di Bari (Bari) scrive:

Colgo l'occasione per esprimerle il mio più vivo compiacimento per l'altezza scientifica a cui è assurta la Rivista, che con orgoglio può dirsi la più diffusa d'Italia.

Il dott. Francesco Perrotta di Firmo (Cosenza) scrive:

Auguro al suo giornale che ben può dirsi il maggiore Periodico di Medicina e Chirurgia ed Igiene che si stampi in Italia una sempre crescente e più florida fortuna

Il dott. Alessandro Pasquini di Torino:

Auguri di sempre maggiore diffusione al benemerito giornale.

Il dott. Lodovico Mantovani di Bologna:

... all'utilissimo «Policlinico» sono abbonato da un ventennio.

Il dott. Nicola Lanzetta da Acquate Sopra Lecco (Como):

Con i più cordiali auguri al simpatico giornale che tiene altissimo il nome della nostra scuola e che ci tiene ad essa legati con affetto, passo a Lei Amministratore i più distinti ossequi.

Il dott. Tommaso Colamaria di Giovinazzo (Bari) scrive:

Caro «Policlinico»,

Ci siamo abituati a riceverti come cosa molto grata; ma più spesso dovresti portarci la voce di quelli che furono e ancora oggi sono i nostri maestri universitarii.

Ai Colleghi di Redazione vadano la nostra lode e i nostri ringraziamenti per la fatica e l'amore quotidiano per la Rivista.

Il dott. Paolo Modestini da Firenze scrive:

... Formulando i migliori auguri di prosperità sia per la Redazione che per l'ottimo Periodico.

Il dott. Luigi Bonacchi di S. Fiora (Grosseto):

... Rimetto importo dell'abbonamento delle tre Sezioni essendo questa l'unica Rivista che mi soddisfa...

Il dott. prof. Umberto Benedetti di Catania scrive:

... con l'augurio che il suo Periodico possa raccogliere sempre più il favore della classe sanitaria italiana.

Il dott. Luigi Ciriache di Volta Barozzo (Padova) scrive:

... alla Sezione Pratica del «Policlinico» auguro, data la sua utilità, una sempre maggiore diffusione nel mondo Medico.

Il Fascicolo I. (15 gennaio 1923) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** contiene i seguenti lavori:

I. — P. BARGO: **Sopra alcune particolarità di disposizione della fascia plantare.**

II. — M. FASANO: **Dell'importanza dell'epatoptosi nelle varie manifestazioni cliniche del Morbo di Glénard.**

III. — O. MARGARUCCI: **Sulle cisti non parassitarie del fegato con particolare riguardo alle cisti neoplasiche solitarie (cistoadenoma uniloculare).**

IV. — M. ASCOLI: **Alcune moderne vedute sulla fisiopatologia dello stomaco.**

Un fascicolo di 48 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA e MEDICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Il Fascicolo I. (1° gennaio 1923) della nostra **SEZIONE MEDICA,** contiene i seguenti lavori:

I. — E. MARCHIAFAVA e A. NAZARI: **La malattia di Take Jonesco (Aortite ulcerosa tifica).**

II. — G. SALMONI: **Sul valore clinico della reazione di M. Weisz, in particolare nella febbre tifoide.**

III. — L. AURICCHIO: **Vaccino-profilassi antipertossica.**

IV. — T. DE SANTIS MONALDI: **I gas del sangue.**

Un fascicolo di 44 pagine con due tavole che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Ascessi ossifluenti: ricerche radiografiche intorno alle vie di deflusso . . . *Pag.* 154
Assistenza sanitaria . . . . » 162
Bibliografia . . . . » 152
Cancro del laringe trattato con la radiumterapia profonda: reperto istologico . . . . » 154
Clorofilla ed emoglobina . . . . . » 159
Coltura superiore . . . . . . » 161
Cronaca del movimento professionale . » 162
Encefalite epidemica causa di pubertà precoce . . . . » 158
Influenza ed encefalite sperimentale . . » 158
Malaria infantile: osservazioni . . . . » 157
Mastoiditi primitive influenzali . . . » 140
Meningite tubercolare: guaribilità . . . » 148
Morbillo: prognosi . . . . . . » 157
Politica sanitaria e giurisprudenza . . » 160
Prostata: ascesso ad evoluzione rara . . » 155
Rabbia: pluralità biologica dei virus da strada . . . . » 153
Rachitide: la luce nella profilassi e nella cura . . . . *Pag.* 156
Rachitide: segni precoci . . . . . » 156
Radiumterapia: nuovo sistema mobile e nuovi strumenti . . . . . » 154
Riflesso: come esaminare un — . . . . » 158
Scialoadenite cronica fibrosa della sottomascellare da arista di grano . . . . » 137
Sifilide vescicale . . . . . . » 155
Timo: fisiopatologia . . . . . . » 155
Tubercolosi dei polmoni: un coadiuvante fisiologico alla cura . . . . . » 142
Uretra femminile: stenosi . . . . . » 151
Valvola del processo vermiforme . . . » 154
Vescica urinaria: corpo estraneo estratto per le vie naturali . . . . . » 155
Vescica urinaria: paresi tabetica guarita operativamente . . . . . . » 150
Uabaina: azione farmacologica e terapeutica . . . . » 154

Roma, 1923 – Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 5 Febbraio 1923 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: A. Primo Dondero: Cause di errore nella diagnosi radiologica della calcolosi delle vie urinarie.

Osservazioni cliniche: G. Lavezzi: Una rara complicanza cerebrale in un caso di gravidanza extrauterina. — G. Gaeta: Fibroma del legamento rotondo.

Apparecchi e strumenti nuovi: V. Vanni: Sopra un dispositivo semplicissimo per ultramicroscopia.

Sunti e rassegne: VIE DIGERENTI: A. Hurst: Sulla patologia del colon. — T. Izod Bennet e E. Dodds: Sulla iposecrezione gastrica e pancreatica. — Ronneauz: Due casi di stomaco intratoracico. — CUORE e VASI: Goglia: La sindrome mediastinica della stenosi mitralica pura. — W. Hagen: Oscillazioni periodiche costituzionali e patologiche nello stato dei capillari sanguigni. — R. Monod: Aneurisma diffuso della arteria femorale provocato da un'esostosi osteogenica dell'estremità inferiore del femore.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: R Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: MALATTIE INFETTIVE: Intorno alle setticemie pneumococciche prolungate. — L'infezione malarica nei rapporti con la chirurgia. — Modificazioni delle unghie dopo reumatismo acuto e tubercolosi. — Le iniezioni endovenose di urotropina nell'ileotifo. — Le iniezioni di etere nella pertosse. — Una reazione per la ricerca dell'immunità e della sensibilità per la difterite. — MISCELLANEA: Le forme di azoospermia. — La proteinoterapia nei tumori. — SEMEIOTICA: Diagnosi differenziale del diabete per mezzo della tolleranza del glucosio. — POSTA DEGLI ABBONATI.

Politica sanitaria e giurisprudenza: I mutui per gli acquedotti. — Diploma straniero per l'esercizio della odontoiatria in Italia? — Questioni pratiche.

Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Medicina sociale. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Le onoranze a Guido Baccelli.

Notizie diverse.

Rassegna della Stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

Memento. Preghiamo vivamente i ritardatari a non voler frapporre ulteriore indugio nel rimetterci l'importo del loro abbonamento pel 1923. È questo un dovere che gli abbonati, legati al «POLICLINICO» da affetto e da simpatia, debbono assolvere spontaneamente, senza costringerci a stimolarli con sollecitazioni individuali, che, oltre a riuscire poco simpatiche o vessatorie, sono ora — più che mai — divenute onerose.

I persistenti alti prezzi della carta, delle tariffe tipografiche ed il **nuovo, non previsto, inasprimento delle tariffe postali** che, col 1° gennaio, ha colpito anche le stampe periodiche non quotidiane e che, da solo, stante la nostra copiosa tiratura, ci porta un aggravio di parecchie migliaia di lire sulle presunte spese di spedizione, ci obbligano alla più *rigorosa economia* nell'invio delle copie del «POLICLINICO». Dovremo pertanto **limitare l'invio a coloro che si troveranno in regola con la nostra Amministrazione.**

LAVORI ORIGINALI.

RR. ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO IN MILANO.

ISTITUTO DI RADIOLOGIA MEDICA diretto dal prof. F. PERUSSIA.

Cause di errore nella diagnosi radiologica della calcolosi delle vie urinarie.

Dott. ANTONINO PRIMO DONDERO, assistente volontario.

Nella *calcolosi del rene e dell'uretere* la radiografia mette spesso in evidenza ombre tipiche dinanzi alle quali si può fare diagnosi radiologica indubbia di calcolosi, ombre che si caratterizzano per la loro sede e per la loro forma:

Coralliforme, se nella pelvi renale o nei calici;

Triangolare, con base in basso e apice in alto;

Ovulare o *a fagiolo;*

Ovulare, col maggior asse parallelo a l'asse longitudinale del corpo, se lungo il decorso dell'uretere.

Nella calcolosi della vescica invece i calcoli urinari non presentano forme caratteristiche; possono essere regolari in tutta la loro grandezza oppure irregolari e mostrare una serie di zone concentriche, indicanti la variazione di opacità dei diversi strati, che costituiscono il calcolo.

Il calcolo se è unico può dare un'ombra circolare, ovoide, elittica. Il bordo di quest'om-

bra è regolare oppure presenta sia delle sporgenze, sia delle intaccature. I calcoli inoltre possono essere arrotondati o faccettati, e presentare delle ombre di forma poligonale più o meno regolari. I calcoli urinari spesso sono mobili. I piccoli calcoli vescicali sono generalmente situati nelle parti laterali della vescica.

I *calcoli prostatici* si riscontrano in vicinanza della linea mediana. Se si tratta di calcoli urinari arrestatisi nell'uretra prostatica l'ombra è mediana, ma se si tratta di veri calcoli prostatici le ombre sono situate lateralmente all'uretra prostatica. I *calcoli migranti dell'uretra* sono generalmente allungati; i calcoli prostatici, arrotondati come pallini di piombo e disposti spesso a grappolo.

Talvolta nella diagnosi di calcolosi delle vie urinarie ci si presentano difficoltà diagnostiche e molteplici cause di errore, che bisogna conoscere e per cui si impongono diagnosi differenziali.

Tutte le ombre più o meno intense, a contorni più o meno sfumati, con forme svariatissime che si rinvengono in corrispondenza delle regioni reno-ureterali, della vescica, della prostata, possono appartenere non solo a calcoli ma riconoscere altre cause. Di qui la necessità di una diagnosi differenziale delle *ombre dubbie* della calcolosi urinaria, le quali avranno valore di sintoma radiologico di calcolosi soltanto quando saranno avvalorate da tutta una serie di dati ricavati dalla anamnesi e massimamente dal resto dell'esame obbiettivo (esame dell'urina, cateterismo, sondatura ureterale, ecc.).

La letteratura medica registra non poche cause di errore e illustra parecchi giudizi diagnostici di calcolosi delle vie urinarie dimostrati poi da un intervento chirurgico erronei e molto diversi dalla realtà.

Queste cause di errore possono risiedere:

1) Nella parete addomino-costale;
2) Nei reni stessi e negli ureteri;
3) In altri organi del cavo addominale;
4) Nelle lastre e negli schermi di rinforzo.

1° *Nella parete addomino-costale*, e più precisamente:

a) *nel rivestimento muscolo-cutaneo;*

verruche cutanee cornificate (Haenisch) possono dare immagini opache;

tumoretti fibrosi;

ghiandole sottocutanee calcificate;

calcificazioni in cicatrici;

formazioni ossee in cicatrici da laparotomia.

Queste cause di errore saranno facilmente evitate se si avrà cura di raccogliere un'anamnesi accurata dell'ammalato e di praticare un diligente esame obbiettivo.

Sostanze medicamentose iniettate: iodio (Albers-Schönberg) mercurio, ferro, chinino; le ombre date da dette sostanze sono caratteristiche perchè presentano un aspetto maculato a chiazze.

Trichinosi.

Miosite ossificante. In essa si hanno, più che focolai di calcificazione, veri fatti di ossificazione con trabecolatura ossea, che segue la direzione dei fasci muscolari.

Calcificazioni delle borse sierose e dei muscoli dorsali (Robinshon).

Calcificazioni in ascessi freddi.

Ossa sesamoidi dei tendini dei muscoli otturatori (Caldwell) e *dello psoas.*

Corpi estranei casualmente penetrati nell'ambito lombare.

b) *Nell'apparato scheletrico-legamentoso.* È facile essere tratti in errore; così nelle radiografie eseguite al di sopra dell'arco costale;

da calcificazioni delle cartilagini costali; in questo caso sarà opportuno eseguire una seconda radiografia cercando di passare il margine superiore del compressore al di sotto dell'arco costale; si potranno così eliminare le ombre date da dette calcificazioni. Se ciò non fosse possibile si può facilmente riconoscere che queste ombre si trovano sempre disposte a guisa di striscia marginale, che segue l'asse maggiore delle costole, cosicchè già da questa disposizione, come pure dalla loro situazione periferica, si può inferire sulla loro vera natura;

da false coste, quasi sempre bilaterali e che ripetono gli stessi caratteri;

da zone di addensamento agli apici delle apofisi trasverse; anch'esse quasi sempre bilaterali; è però utile la doppia radiografia con diverso angolo di incidenza dei raggi per differenziare da eventuali sovrapposizioni di ombre;

da frammenti di frattura delle apofisi trasverse; da isole di compacta nell'osso iliaco; da esostosi dell'osso iliaco (Köhler);

da depositi calcarei alla spina ischiatica;

da un'ombra più o meno rotondeggiante, di significato incerto che si trova con una certa frequenza sul contorno superiore dell'ala dell'ileo presso l'articolazione sacro-iliaca, e che corrispondendo presso a poco al decorso dell'uretere a questo livello ed essendo non di rado unilaterale, può venir presa per un calcolo ureterale (Busi);

da calcificazioni e ossificazioni dei legamenti sacro-ischiatici.

c) *Dai vasi arteriosi e venosi.*

Sul tratto del piccolo bacino, che va dalla branca orizzontale del pube alla spina ischiatica, si trovano non di rado e specialmente nell'età avanzata, delle piccole ombre intense e asseriate lungo questa linea come i grani di un rosario; dette ombre sono date da *fleboliti* (Albers-Schönberg-Fraenkel): essi si differenziano senza aiuto di altri metodi di ricerca per il loro contorno rotondo e per il centro più chiaro.

Cause di errore possono essere date da:

Calcificazione al punto di biforcazione dell'aorta (Fenwich);

Calcificazione della tunica media di un grosso vaso (Ponzio);

Calcificazione dei vasi deferenti.

L'autore ha osservato un caso non frequente di *calcificazione delle arterie iliache interne ed esterne*, nel quale l'esame radiografico diretto allo studio degli ureteri mise in evidenza zone di calcificazione, nella parete vasale così da apparirne disegnato, sia pure a tratti, il doppio contorno. Si ebbe conferma dell'arterio-sclerosi in quasi tutti i vasi viscerali, all'autopsia.

Questo caso fu più sicuramente interpretato in quanto che richiamò alla mente del prof. Perussia un caso osservato a Vienna nell'Istituto di Kolzknecht, nel quale davanti ad una sintomatologia clinica di calcolosi delle vie urinarie volle il chirurgo intervenire e non solo non si trovarono calcoli, ma durante l'atto operativo si ebbe una emorragia così grave, legata all'ateroma dei vasi, che condusse a morte il paziente.

d) *Da calcoli sottoperitoneali* (Béclère).

e) *Dal pene in posizione addominale* (Kienbôch).

2° *Nei reni ed ureteri possiamo trovare reperti radiologici* che possono mentire un calcolo renale od ureterale:

a) *La tubercolosi renale, quando dia luogo a masse caseose* (Marion-Fenwich-Papin-Hofmann-Groessner-Lictenenberg-Dielten).

La tubercolosi renale quando dia luogo a *concrezioni calcaree* per masse caseose passate a calcificazione, che possono raggiungere la grandezza di una noce (Kienbòk-Stràter).

L'errore di diagnosi nel quale si può incorrere in questi casi coll'indagine radiografica potrà essere evitato quando si consideri che i concrementi della tubercolosi sono facilmente riconoscibili. Essi si caratterizzano per la loro forma e per la sede, che il più sovente corrisponde non alla regione dell'ilo ma bensì nel parenchima renale e spesso in vicinanza del bordo esterno.

Spesso la semplice utilizzazione della radiografia nella diagnosi di tubercolosi renale è insufficiente. Papin consiglia di ricorrere al sussidio della *pielografia* che sola può dare in certi casi servizi notevoli.

Lictenberg e Dielten proposero la pielografia nella tubercolosi renale e adoperarono il collargolo al 10 %. Essi videro la disposizione irregolare e la dilatazione dei calici e alle volte dell'uretere. Più grandi sono le lesioni del rene e meno nette sono le cavità renali. Le sostanze caseose e i detriti, che nei casi avanzati riempiono i calici, si mescolano col collargolo, per cui si ha mancanza di nettezza delle immagini. È difficile conoscere le cavità aperte perchè ripiene di pus o di materia analoga al mastice, per cui esse non si lasciano riempire dal collargolo.

Gli indurimenti cronici localizzati del parenchima renale (Smart); *formazioni di cicatrici* (Baetjer); *ematoma calcificato in carcinoma renale* (Grosglik); *calcificazione di una zona compresa nell'ambito del rene affetto da grosso tumore* (Ponzio).

b) *Degenerazione calcarea delle capsule surrenali;*

c) *Fleboliti della vena renale disposti a corona di rosario* (Albers-Schönberg-Frànkel;

d) *Calcificazione dell'uretere;*

e) *Ghiandole di consistenza normale non calcificate* (Attilj);

f) *Ghiandole calcificate* in corrispondenza di un uretere, che dànno reperto di calcolosi, come potei osservare in un caso di cui credo opportuno dire brevemente.

Dinanzi ad una diagnosi clinica di nefrolitiasi si procede ad un esame radiografico che dimostra due piccole ombre risiformi situate nella porzione terminale dell'uretere di sinistra e una piccola ombra nel bacinetto renale destro.

All'indagine radiografica, previa introduzione della sonda opaca, con le due radiografie classiche (fatte cioè con inclinazione diversa del tubo) si constata una volta la coincidenza del catetere con le ombre dei presunti calcoli; nell'altra proiezione, si osserva invece che il catetere e le ombre non si sovrappongono ma sono una a lato dell'altra, vicine in modo da non avere una coincidenza assoluta; la sonda passa così un po' a distanza in un piano differente delle due piccole ombre.

Nella letteratura medica vengono citati casi, per vero piuttosto infrequenti, di dilatazione dell'uretere immediatamente a monte del

calcolo, che permettono che la sonda passi sia al di sopra, che al di sotto e a fianco del calcolo stesso.

Tenendo presenti questi casi, pur prospettando l'eventualità che le ombre fossero estranee all'uretere, si venne alla conclusione che il calcolo fosse ureterale.

All'atto operativo si trova l'uretere un po' dilatato e non contenente calcoli, invece aderente alla parete esterna dell'uretere due ghiandole calcificate, che alla radiografia ripetono le ombre piccole come quelle che avevamo ottenute nelle radiografie precedenti.

Questo caso ammaestra come sia necessario in certi ammalati l'esplorazione radiografica associata al cateterismo ma anche alla pielografia. È possibile infatti colla iniezione di collargolo o di bromuro di sodio individuare molto esattamente la topografia e la morfologia dei calici, dei bacinetti, degli ureteri ed avere così delle indicazioni molto precise sul calibro degli ureteri stessi.

Tenendo presente che se l'ombra dubbia è inglobata da quella del collargolo o bromuro di sodio si tratta di un calcolo, se al contrario le due ombre sono situate a distanza l'una dall'altra e il collargolo disegna un uretere stretto, normale, si tratterà di un corpo estraneo alle vie urinarie. Quando si è in presenza di un falso calcolo si arriva così a dissociare le due ombre.

3° *Negli altri organi contenuti nel cavo addominale* vi possono essere cause di errore:

a) *Nel fegato*, i calcoli bilari il cui reperto radiografico è assai raro, data la composizione del calcolo, possono talora mentire un calcolo renale (Béclère). Se la calcolosi biliare ci può trarre in errore simulando all'esame radiografico una calcolosi renale, ad un esame attento la forma del calcolo ci potrà guidare in una giusta interpretazione; l'aspetto suo è caratteristico presentando quasi sempre una forma ad anello, una corteccia periferica più opaca e centralmente una zona più trasparente, il nucleo del calcolo.

È pure carattere differenziale frequentemente la molteplicità e la disposizione a grappolo, in tal caso i calcoli sono per lo più faccettati.

Sarà inoltre opportuno per stabilire una diagnosi differenziale praticare due radiografie l'una in posizione ventrale e l'altra in posizione dorsale.

È chiaro che data la maggiore vicinanza dei calcoli renali alla cute del dorso e dei calcoli epatici a quella dell'addome, quelli rimarranno più piccoli, più evidenti e a contorni più netti nella posizione dorsale, mentre questi ultimi otterranno i medesimi caratteri di nettezza e di evidenza nella posizione ventrale.

Pure di grande aiuto sarà una radiografia eseguita in perfetta posizione laterale destra. L'ombra del calcolo verrà proiettata o poco sotto la cute ventrale ed in relazione con l'ombra epatica, oppure alquanto all'indietro e stabilirà nettamente se la concrezione spetti al fegato o al rene.

Bisognerà tener presente che non si ha uguale comportamento quando il calcolo si trovi nel tessuto epatico o nei dotti biliari.

Nei casi dubbi la pielografia permette una diagnosi precisa. Si potrà vedere che l'ombra del calcolo è indipendente da quella del liquido iniettato.

Quando i calcoli biliari si proiettano sull'ombra renale i loro rapporti coll'ombra del bacinetto sono irregolari e sopra tutto i bacinetti e i calici non sono modificati per nulla nella loro forma, ciò che non si ha nella litiasi renale.

b) *Nel pancreas; calcificazione di un carcinoma della testa* (Cole); *calcoli.*

c) *Nei genitali femminili; gravidanze extra-uterine; fibromiomi calcificati; calcificazioni dei vasi uterini* che facilmente si riconoscono per la loro forma e disposizione; *depositi calcarei nelle ovaie* (Haenisch); *cisti dermoidi* che spesso dànno l'ombra dei denti e delle parti calcificate; *calcificazione dei vasa deferentia* (Fraenkel); *nucleo di calcificazione esistente in un fibromioma* (Busi); *cisti calcificate del legamento lato.*

d) *Nel tubo digerente*: le *scibale* possono trarre in errore; esse per lo più sono rappresentate da ombre più o meno intense circondate da aree di grande trasparenza (gas-intestinali). Il giudizio diagnostico non rimarrà dubbio che quando si tratti di una piccola scibala molto densa e non circondata da gas. In questo caso a risolvere la diagnosi basterà ripetere l'indagine radiografica dopo lo svuotamento dell'ultima parte dell'intestino ottenuta con un enteroclisma di acqua. I *noccioli di frutta* che saranno facili a riconoscere per il centro più chiaro e l'alone periferico più oscuro dato dalla corteccia. *Semi di uva* (Immelmann); *enteroliti* (Weisflog); *bottone di metallo di una matita inghiottito, un bottone di Murphy* (Immelmann); *calcoli intestinali* (Arcelin); *calcolo nella regione cecale* trovato all'atto operativo (Béclère); *parassiti calcificati.*

Le sostanze opache, medicamentose, salolo (Pancoast); *cachets* di bismuto o pappa di bismuto (Baetjer); pillole di ferro del Blaud non disciolte (Haenisch).

Nell'appendice: i calcoli appendicolari (Busi). Nella diagnosi differenziale tra calcolosi appendicolare e ureterale bisogna ripetere la indagine a più giorni di distanza e utilizzare tutte le altre risorse cliniche (esame delle urine; sondaggio dell'uretere; pasto o clisma opaco onde studiare i rapporti dell'ombra problematica col ceco e l'appendice). *Corpi stranieri* (Ulrichs); *calcificazioni; ombre da bismuto* per esame pregresso.

e) *Finalmente possono simulare calcoli:*

Le calcificazioni delle ghiandole peritoneali (Lején) *e delle ghiandole mesenteriche. Le calcificazioni delle appendici epiploiche* (Brewer).

Le ghiandole calcificate mesenteriche che, trovandosi di frequente a livello del rene, si proiettano sull'ombra renale e dànno sovente l'illusione la più completa di un calcolo, presentano una immagine radiografica moriforme, generalmente con contorni frastagliati, come se la ghiandola fosse costituita dalla sovrapposizione di frammenti; essa è arrotondata, mentre quella dei calcoli è il più sovente allungata. Il contorno irregolare dell'ombra potrà metterci in sospetto e in tal caso occorrerà cercare di vedere il decorso dell'uretere; nei casi molto difficili sono da consigliarsi le fotografie stereoscopiche.

4° *Le lastre e gli schermi di rinforzo* possono essere cause di errore e dare false ombre.

Vi sono delle macchie sulle lastre date dallo schermo di rinforzo o dal sovrapporsi di uno *spruzzo di sviluppo*. Le macchie delle lastre sono facili da riconoscere, sono puntiformi; sono date da difetti di gelatina, che si possono vedere per incidenza. Anche *le muffe* dànno macchie e ciò quando si asciugano le lastre in ambienti non areati, umidi; si hanno così delle fusioni di gelatina, sulla quale si depositano delle spore che daranno funghi, muffe; esse assumono una forma di cometa, una macchia con coda.

Nella diagnosi *della calcolosi della vescica* si possono avere pure cause di errore create da *corpi estranei* siti nella vicinanza della vescica stessa e in generale delle vie urinarie, come i *calcoli intestinali, i calcoli dell'uretra e della prostata, le cisti dermoidi dell'ovaio* suscettibili di dare delle ombre simili a quelle dei veri calcoli vescicali.

Veri caratteri differenziali per forma non vi sono; in certi casi sono più o meno arrotondati, in altri si presentano faccettati; essi dànno delle ombre di forma arrotondata più o meno regolari.

Quando i calcoli sono molteplici (il che non è frequente) sono generalmente situati nelle parti laterali della vescica; quando invece il calcolo è unico di solito è posto sulla linea mediana.

Capita però che piccoli calcoli si accumulino sul fondo della vescica occupando colle loro ombre la medesima posizione dei calcoli della prostata. Si è pensato come carattere differenziale che i calcoli urinari siano mobili e i corpi estranei alle vie urinarie siano fissi. Ciò è vero per certi calcoli vescicali e per certi corpi estranei, che dànno ombre a livello della cavità pelvica. Così ad es. è per le « macchie del bacino » le cui ombre occupano sempre la medesima posizione in diverse radiografie. Ma questa regola non ha un valore assoluto poichè i calcoli urinari stessi a volte possono in due radiografie successive cambiare di sede e a volte no, e ancora perchè certi corpi stranieri opachi ai raggi X, situati nelle vicinanze della vescica, possono cambiare di sede da una radiografia ad un'altra. Così ad es., le *cisti dermoidi dell'ovaio e i calcoli intestinali.*

La mobilità e fissità non sono caratteri differenziali assoluti.

Uno dei migliori mezzi per facilitare una diagnosi è quello di mettere in rilievo i limiti della cavità vescicale o con l'iniezione in vescica di una certa quantità di ossigeno o di collargolo. Riconosciuta così la vescica sarà facile vede se l'ombra del calcolo risponde ad un corpo opaco situato nell'interno o all'esterno della vescica. Questo metodo è utile per le ombre situate lateralmente; ma se le ombre si trovano sulla linea mediana il metodo è difettoso. Si può in questo caso tentare una radiografia trasversale; la prova potrà essere difettosa in ragione dell'opacità della cintura pelvica.

Sarà necessario però completare l'esame con quello clinico e istrumentale.

È noto inoltre come il 50 % dei calcoli vescicali possono passare inosservati alla radiografia per la loro poca opacità.

Si potranno ottenere qualche volta ombre laddove la semplice radiografia non dà nulla, usando il metodo dell'iniezione in vescica della soluzione di collargolo al 5 % oppure dell'ossigeno. Si tentò pure con poco risultato di ottenere radiogrammi vescicali per mezzo di dispositivi speciali, che permettono di introdurre lastre sensibili nel retto.

Calcolosi della prostata e dell'uretra.

I calcoli della prostata e dell'uretra possono facilmente trovare cause di errore specie nei *calcoli vescicali*. I piccoli calcoli vescicali, come già dissi, sono generalmente situati nelle parti laterali della vescica; al contrario i cal-

coli prostatici si riscontrano in vicinanza della linea mediana.

Se si tratta di calcoli urinari arrestatisi nell'uretra prostatica l'ombra è pure mediana; ma se si tratta di veri calcoli prostatici le ombre sono situate lateralmente all'uretra prostatica; esse formano come due grappoli simmetrici. I calcoli migranti dell'uretra sono generalmente allungati; i calcoli prostatici arrotondati come dei pallini di piombo.

Capita che piccoli calcoli della vescica si accumulino sul fondo della medesima di modo che le loro ombre occupano la identica posizione dei calcoli della prostata. In questi casi è necessario per una diagnosi ricorrere alla iniezione del collargolo, la cui ombra ingloberà quella dei calcoli vescicali.

Ad una radiografia con incidenza normale alla parete addominale l'ombra dei calcoli della prostata si designerà attraverso quella dell'osso del pube, separata nettamente dall'ombra vescicale da una zona chiara. La radiografia ci dirà se esistono dei calcoli in uno dei lobi o nei due lobi della prostata; se sono unici o molteplici, piccoli o voluminosi.

BIBLIOGRAFIA.

Busi A. *Presentazione di radiogrammi tipici della calcolosi renale ed ureterale.* Com. Soc. medico-chirurgica di Bologna. Sunto nel Bollettino delle scienze mediche, anno 82, Ser. VIII, vol. 9. Bologna, 1911.

Id. *Ombre radiografiche certe (tipiche) ed incerte della calcolosi ureterale.* Com. Soc. medico-chirurgica, Bologna. Sunto Bollettino scienze mediche, anno 83, Ser. VIII, volume 12, 1912..

Id. *Ancora sulla Röentgenelogia dell'appendice cecale.* Radiologia Medica, 1914, fasc. IX, pag. 385.

Sessa P. *Contributo allo studio Röentgenologico della calcolosi biliare.* Radiologia Medica, vol. VI, fasc. IX-X, 1920.

Ponzio M. *Un caso di pseudo-calcolo renale all'indagine radiologica.* Gior. R. Acc. Med. Torino, 1913, pag. 43.

Attilj S. *Contributo alla diagnosi radiologica dei pseudo calcoli renali.* Rivista ospedaliera, n. 18, anno 1920.

Magni E. *L'indagine radiologica e cistoscopia nella diagnosi di calcolosi delle vie urinarie.* Volume in onore a Murri, pag. 167. Bologna 1912.

Maragliano V. *La Röentgendiagnosi differenziale tra calcolosi renale e calcolosi biliare.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1910.

Albers-Schönberg. *Röntgentechnik:*

Id. *Sullo studio della diagnosi di calcoli nel corpo umano mediante i raggi Röentgen.* Zeit. f. Chir., 1904, pag. 549.

Immelmann M. *Das Röentgenverfahren bei Erkrankungen der Harnorgane.* Berlin Verlag, H. Meusser, 1913.

Groedel M. *Grundriss und Atlas der Röentgendiagnostik in der inneren Medizin.* Münc. Verlag. Lehmann, 1914.

Dilten H. *Die Röntgenuntersuchung des uropoietischen Systems.* Dal Rieder-Rosenthal. Röentgenkunde I, Band. 1913.

Pancoast. *The sources of error in the X ray diagnosis of renal calculus.* An. of Dermat. e Gen. ur. Dis., 1911, pag. 246.

Richardson. *The error of overlooking ureteral or renal stone under ten diagnosis of appendicitis.* Tr. Am. Surg. Ass., 1911, pag. 474.

Arcelin F. *Exploration Radiologique des voies urinaires.* Masson et C.ie, éditeurs, Paris.

Jaugeas F. *Précis de Radiodiagnostic.* Masson et C.ie, éditeurs, Paris.

Deruaux. *Des erreurs radiographiques dans la recherche des calculs urinaires.* Ann. mal. org. gén. ur.. 1916, p. 1460.

Marion G. *Une nouvelle cause d'erreur dans la radiographie des calculs du rein.* F. d'Ur., vol. I, 1912, p. 655.

Béclère. *Dimostrazione di un calcolo situato nella regione cecale.* Fortsch. A. d. Geb. d. Röentgstr., 1910, Bd. XV, p. 237.

Papin Ed. *La Pyélographie.* A. Maloine et fils. éditeurs, Paris, 1921.

Newman. *Cases simulating renal calculus.* Glasgow M. F., 1919, p. 204.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Scuola Ostetrica di Venezia
Prof. G. Guicciardi, direttore.

Una rara complicanza cerebrale in un caso di gravidanza extrauterina.

Dott. G. Lavezzi, assistente.

Ebbi occasione di osservare in questa Clinica un caso di rottura di tromba gravida e contemporanea trombosi cerebrale. Esso per la sua rarità mi è sembrato meritevole di menzione. Infatti la letteratura italiana e straniera, che è così ricca di osservazioni sull'argomento della gravidanza extrauterina e delle sue complicazioni non cita alcun caso di lesione cerebrale in rapporto colla rottura di una tromba gravida.

Si tratta di una donna d'anni 32 da Venezia, casalinga, ricoverata in Clinica il giorno 10 giugno 1922.

Nulla presenta nel gentilizio. Ha sofferto di pleurite destra a 14 anni e di poliartrite reumatica 10 anni fa (per quest'ultima affezione, nessun fatto endocarditico si è stabilito, come risulta dalla cartella clinica della Divisione medica ove l'inferma è stata ricoverata). Le mestruazioni furono sempre regolari sotto ogni rapporto, l'ultima comparve il 21 aprile u. s.

Sposata con uomo sano, ha avuto quattro gravidanze a termine. Essa viene ricoverata d'urgenza per rottura di tromba gravida. Il marito che l'accompagna narra che da alcuni giorni la donna si lagnava di dolori ai quadranti inferiori dell'addome simili a doglie; localizzati più specialmente a destra, ed erano comparse perdite nerastre dai genitali.

Qualche ora prima del suo ingresso poi, mentre era a letto, venne colta improvvisamente da dolore vivissimo al quadrante inferiore destro dell'addome, da vomito, deliquio, e pallore intenso del volto.

Chiamato tosto un sanitario, questi la inviò d'urgenza in Clinica.

Al momento dell'ingresso l'esame obbiettivo faceva rilevare quanto segue: Donna polisarcica, di regolare costituzione scheletrica, con segni di anemia acuta grave; abolizione completa della coscienza, polso frequente, piccolo, filiforme che a stento si percepiva, paresi del facciale inferiore di sinistra e di tutta la metà sinistra del corpo, deviazione coniugata degli occhi verso destra, con pupille leggermente midriatiche, temp. 36.3.

Cuore: Aia cardiaca nei limiti normali, toni deboli, oscuri, ritmici.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio e degli organi ipocondriaci. Addome tumido, dolente, con reazione di difesa evidente, specie ai quadranti inferiori. L'esplorazione combinata riesce malagevole e per l'accentuato spessore della parete addominale e per la reazione di difesa muscolare. Con essa si avverte un collo normale di forma, un po' molle; corpo dell'utero mal delimitabile; il Douglas disteso elastico; in vagina è un frammento di tessuto che ha tutto l'aspetto di una decidua. Nelle urine presenza d'acetone; albumina, glucosio assenti; nulla di patologico nel sedimento.

Con tale sintomatologia per quanto convinti della esattezza della diagnosi di inondazione peritoneale da rottura di una sacca gravidica ectopica, pure qualche incertezza al quadro veniva apportata dalla concomitante, evidente complicanza cerebrale. A risolvere ogni dubbio fu fatta, come si consiglia, una puntura esplorativa attraverso il fornice posteriore: si ottenne sangue puro, ed allora fu deciso l'intervento con atto laparotomico.

Aperto il ventre esce grande quantità di sangue fluido e coagulato e in mezzo un ovicino libero dell'età di circa un mese o poco più.

Esistono aderenze sierose degli annessi e della faccia posteriore dell'utero. Vi è un corpo luteo sull'ovaio sinistro. Liberati gli annessi di destra da tali aderenze si sollevano e si trova l'ovaio grosso policistico, la tromba modicamente distesa e a contenuto ematico, con un punto dove è evidente la rottura. Si asportano e si applica uno zaffo alla Mikulicz.

Chiusura parziale del ventre.

Il giorno seguente la donna è ancora completamente incosciente, il polso è teso, frequente, il respiro stertoroso, l'emiparesi sinistra più accentuata, son comparse contrazioni cloniche all'avambraccio ed alla mano di questo lato. Le urine contengono scarsa quantità di albumina. La puntura lombare dà esito a liquido a discreta pressione, normale chimicamente e morfologicamente; temperatura 39.4.

Le condizioni della donna vanno in seguito facendosi rapidamente sempre più gravi ed in terza giornata muore.

La necroscopia ha messo in evidenza un focolaio di rammollimento del centro ovale di Vieussens di destra, lateralmente ai gangli basali e lungo la corona radiata fino alla zona rolandica, interessando qua e là tratti delle circonvoluzioni cerebrali. Uno dei tronchi della silviana appare rigido trasformato in un cordoncino impervio per un tratto di circa 3 centimetri. Al cuore: sinfisi pericardica antica; miocardio flaccido, giallognolo; endocardio parietale e valvolare sano; chiuso il foro ovale; sana l'intima dell'aorta: integre le coronarie.

Nel peritoneo a livello degli ipocondri esiste scarsa raccolta sanguigna libera; nessun risentimento peritoneale. Nulla di notevole negli altri organi.

Il caso descritto non si allontana certo da quanto la comune patologia insegna ma riesce interessante e singolare, per la somma di fattori che hanno contribuito a determinarlo. Dirò subito che fra le ipotesi che si affacciarono alla mente per spiegare l'emiparesi, fu subito scartata l'emorragia cerebrale, in quanto la sua genesi troppo sarebbe stata in contrasto con la grave diminuzione della pressione sanguigna dovuta all'abbondante versamento ematico intraperitoneale.

Contro questa ipotesi stavano inoltre l'età giovanile della donna, la mancanza di fatti clinicamente rilevabili a carico del cuore e dei reni, l'esito negativo della puntura lombare. L'insulto apoplettico che aveva colpito la donna contemporaneamente o subito dopo la rottura della tromba doveva trovare la sua spiegazione o nell'embolismo o nella trombosi. Tali ipotesi mi sembravano le più accettabili e probative.

E si pensò all'origine embolica mettendo il fatto in rapporto con eventuali lesioni endocardiche, della mitrale e delle valvole aortiche, secondarie al reumatismo articolare, di cui si seppe la donna in antecedenza colpita, quantunque non fosse rilevabile clinicamente la sorgente dell'embolia.

Nulla di più ovvio: il tumultuoso lavoro cardiaco destinato a sopperire alla diminuzione della massa totale del sangue, determinando una corrente esigua, ma a maggior pressione avrebbe potuto facilmente strappare una vegetazione endocardica. L'ipotesi del fatto trombotico, confermata come vedemmo dall'autopsia, mi pareva meno probabile. I rammollimenti cerebrali trombotici raramente determinano un insulto apoplettico repentino (in essi i fenomeni cerebrali si sviluppano in modo piuttosto graduale e si presentano ordinariamente in forme ricorrenti) e sono quasi sempre in rapporto con l'arteriosclerosi e la sifilide. Nel nostro caso è sopraggiunto però questo improvviso e tumultuoso disordine circolatorio che poteva, ammettendo una preesi-

stente alterazione vasale, farci pensare alla rapida formazione del tro·nbo, come infatti è avvenuto. Si doveva però ammettere l'antecedente lesione vasale senza la quale male si poteva spiegare il fenomeno. Infatti di emorragie interne ed esterne, gravi ed anche gravissime ne ho viste parecchie, e l'esame delle cartelle cliniche di questi ultimi anni, e una rapida corsa alla bibliografia dell'argomento, nulla di simile mi ha fatto rintracciare per il solo fattore anemia acuta. Superato il momento critico dello squilibrio acuto, le cose ben presto ritornano alla norma. Ed è ben noto come la donna che dispone di energie vitali esuberanti per i bisogni individuali ed utilizzabili per la conservazione della specie, sopporti più facilmente, e più rapidamente ripari alle perdite di sangue, forse anche per atavica, certo per soggettiva abitudine, come sarebbe dimostrato indirettamente dalle ricerche di Sacerdoti, il quale con piccoli salassi ripetuti in animali, avrebbe ottenuto una più rapida attività formativa, secondaria ad un maggior stimolo portato sugli organi ematopoietici.

Non la sola anemia acuta ha dunque portato nel mio caso alla grave complicanza.

E allora penso alle concause che mi pare possono essere così riassunte: polisarcia, flaccidezza del miocardio e relativa infiltrazione grassa, sinechie pericardiche, vasodilatazione paralitica reflessa determinata dallo choc peritoneale per la rottura improvvisa della tromba e versamento ematico addominale.

Questi fattori, uniti alla forte diminuzione della pressione sanguigna, hanno determinato un rallentamento della corrente e la possibilità di un fatto trombotico.

Ma al fattore meccanico esposto, il quale gioca senza dubbio una parte importantissima, dobbiamo aggiungere il fattore biologico gravidico, esso pure degno di considerazione. Il rallentamento del circolo cerebrale è secondo Vicarelli un fatto costante in gravidanza, dimostrato oltre che da apparenze cliniche comuni, anche dalla frequente formazione degli osteofiti.

I prodotti di secrezione dell'epitelio del villo-sincizio-tossine-sinciziolisine, le stesse gemme e nuclei sinciziali che si versano nel circolo materno avrebbero, secondo Schmorl, una evidente azione coagulante, dimostrata anche dalle ripetute esperienze sull'aumento della viscosità del sangue gravidico. E ammettendo che questa migrazione di elementi sinciziali avvenga con maggiore intensità e frequenza in forme patologiche gravidiche (eclampsia, gravidanza ectopica, mola vescicolare) che in gravidanze normali, si dovrà pure ammettere che più forte sia l'azione loro sulla crasi sanguigna.

Da ultimo non si possono dimenticare eventuali lesioni dell'endotelio vasale, tanto più trattandosi di donna che ebbe parecchie gravidanze, localizzazioni articolari di lunga durata e nella quale vi è una spiccata polisarcia che sta ad indicare una minore attività metabolica delle cellule di tutti i tessuti.

Ed è appunto perchè il caso si presta a far concorrere alla sua interpretazione, il fattore meccanico comune, e il fattore biologico specifico gravidico, che mi son permesso di riferirlo brevemente.

LAVORI CONSULTATI.

ACCONCI. *Ricerche sulle sinciziolisine.* Annali di Ost. e Gin., 1904.

ASCOLI A. *Osservazioni alle «Ricerche sulle sinciziolisine» del dott. Acconci*, Annali di Ost., 1904.

BALLERINI. *Alcune ricerche sul potere emolitico degli estratti placentari*, Annali di Ost. e Gin., 1907.

COLLE G. *Sull'azione degli estratti di placenta.* Annali di Ost. e Gin., 1915.

FERRONI. *Fisiopatologia della gravida.* Vallardi 1914.

GAIFAMI. *Sulla tossicità degli estratti acquosi placentari e sull'azione svelenante esercitata su essi dal siero di sangue.* La Rass. 1914.

LEUBE. *Diagnostica differenziale delle malattie interne.* Vol. II.

PICCOLI S. *Biologia della placenta.* Archivio di Ost. e Gin., vol. 8°, 1920.

RAINERI. *Sul potere battericida e antitossico nel sangue durante la gravidanza.* Ann. di Ost. e Gin., 1902.

SCHMORL. *Pathologischen; Anatomische; Untersuchungen ueber Puerperal Eclampsia.* Leipzig, Vogel, 1893.

STRINA F. *Alterazioni anatomo-patologiche del fegato, dei reni e dei polmoni nelle eclamptiche.* Annali di Ost e Gin., 1911.

Fibroma del legamento rotondo.

Dott. GIOVANNI GAETA.

Per la rarità con la quale si rinvengono i neoplasmi del legamento rotondo, e tra questi, in modo speciale, i fibromi semplici, credo di un certo interesse pubblicare il caso seguente:

N. N., di anni 26 coniugata, di Roma. Due anni or sono notò una tumefazione alla regione inguinale destra, tumefazione che è andata man mano aumentando di volume fino a raggiungere l'attuale di circa un uovo.

In questi ultimi tempi l'inferma ha sofferto dolore, che si esacerbava durante il periodo mestruale, mentre prima la tumefazione non recava alcun disturbo alla paziente. Essa si manifestava nella parte inferiore del canale inguinale e su quella superiore del grande labbro, aveva forma ovale ed era relativamente mobile e in parte riducibile.

Operazione: Prof. Leotta-Gaeta.

Il tumore era perfettamente mobile e riuscì facile asportarlo: esso si continuava dentro il canale inguinale col legamento rotondo, che venne sezionato e fissato alla parete del canale. Sutura profonda con catgut, della cute con seta. Guarigione per prima.

Esame macroscopico. — Il tumore misura 7×4×3, ha forma ovoidale e presenta in uno dei poli una superficie lobulata, mentre è liscia ed uniforme la rimanente.

Esame microscopico. — Comunemente il reperto istologico rileva la presenza di fibre muscolari liscie in mezzo ad un tessuto di fibre raccolte in fasci intrecciati in ogni direzione (fibro-mioma). Nel caso in parola esse mancavano completamente, trattavasi quindi di fibroma semplice.

Qualche considerazione sui neoplasmi del legamento rotondo:

A scorrere la letteratura i casi illustrati sono ben pochi, pochissimi quelli di fibroma puro.

Per la loro sede vengono classificati in tre categorie: tumori addominali, intra-inguinali ed extra-inguinali, impiantati questi ultimi in pieno spessore del grande labbro. Si impiantano più a destra che a sinistra e hanno dimensioni varie, da un cece ad un uovo di pollo. La forma è ovoidale col grande asse obliquo; la superficie non è sempre liscia, qualche volta lobulata, mentre la consistenza è duro-fibrosa.

Circa la mobilità il reperto varia da caso a caso; alcuni fissi e sono la maggior parte, mentre altri permettono dei lievi movimenti ed altri ancora, del tutto liberi, si lasciano ridurre nella cavità addominale senza dare però l'impressione di una vera e completa riduzione.

Il dolore si manifesta in genere quando il tumore ha raggiunto un certo volume, e si esacerba durante il periodo mestruale; rari sono i casi in cui questo sintomo manca, come non è frequente trovare incapsulati i fibromi e i fibromiomi del legamento rotondo. È la diagnosi che non sempre è agevole, anzi molte volte è l'intervento quello che la chiarisce. Intanto i fibromi addominali, intrapelvici, rarissimi, sono spesso diagnosticati per fibromiomi sottoperitoneali dell'utero.

In quelli inguinali ed extrainguinali la diagnosi non è sempre agevole in quanto un'ernia, un ovaio ectopico, un lipoma preerniario, per dire delle affezioni più comuni, possono essere confusi con un neoplasma, sebbene la consistenza, la riducibilità, la sensibilità, la mancanza di uno sviluppo più o meno lento ma progressivo della tumefazione, siano argomenti validi per eliminare ogni dubbio, tra neoplasie del legamento rotondo ed altre affezioni.

In qualunque evenienza l'intervento è indicato ed è senza pericolo.

BIBLIOGRAFIA

SCHAUTA. *Trattato di ginecologia.*
LABADIÉ, LAGRAVE, LEGUEU. *Traité de gynécologie.*
DELBET et HENSCO. *Des fibromyomes de la portion abdominale de l. r.* Revue de Chiurugie, 1896.
DESNIER. *Les tumeurs de l. r.*
TADDEI. *Sui tumori della regione inguinale e del l. r. in ispecie.*
QUINARD. *Tumeurs extra-abdominales du l. r.*

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Sopra un dispositivo semplicissimo per ultramicroscopia.

(Teoria ed applicazioni pratiche).

per il dott. V. VANNI, assistente.

Già su questo periodico (Sezione Pratica, anno 1922) in una nota portante lo stesso titolo, ho brevemente descritto il dispositivo, di cui ora mi propongo dare un cenno teorico, insieme alle derivanti applicazioni pratiche.

Nella annessa figura schematica (fig. 1) sia S lo specchio del microscopio, D lo speciale diaframma centrale descritto, C il condensatore di Abbe, T il tavolino del microscopio, ed O l'obbiettivo, a piccolo angolo d'apertura, del microscopio stesso.

Degli infiniti raggi che si riflettono sullo specchio S, consideriamone uno, p. es. il raggio R; questo, dopo essersi riflettuto, viene ad essere rifratto dal condensatore C, ridotto, per semplicità, una semplice lente biconvessa, e fortemente deviato, come raggio *marginale*, in A; invece il raggio R', passante per il cen-

tro di curvatura del condensatore C, e quindi per l'asse ottico del microscopio, entra nell'obbiettivo senza subire deviazione (raggio centrale).

Mentre nella visione microscopica ordinaria, sono i raggi che più si accostano a quello centrale che vengono utilizzati, ed esclusi quel-

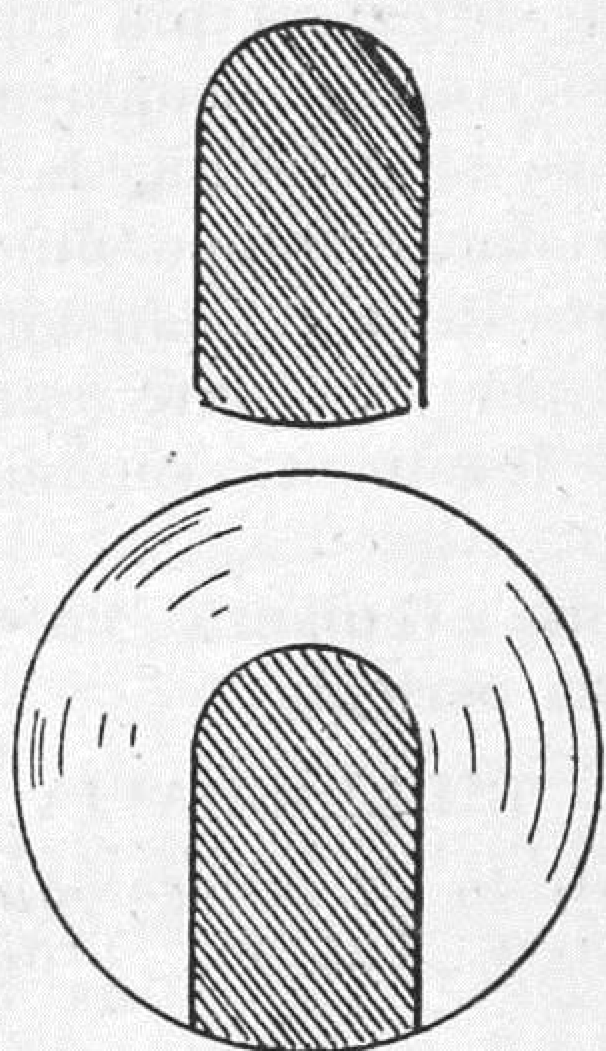


Fig. 1.

li marginali per mezzo del diaframma ad iride, qui avviene il contrario, e per mezzo del diaframma sopra descritto, vengono occultati i raggi, diciamo così, centrali, e utilizzati parte di quelli periferici (marginali).

Se ora consideriamo il raggio R", simmetri-

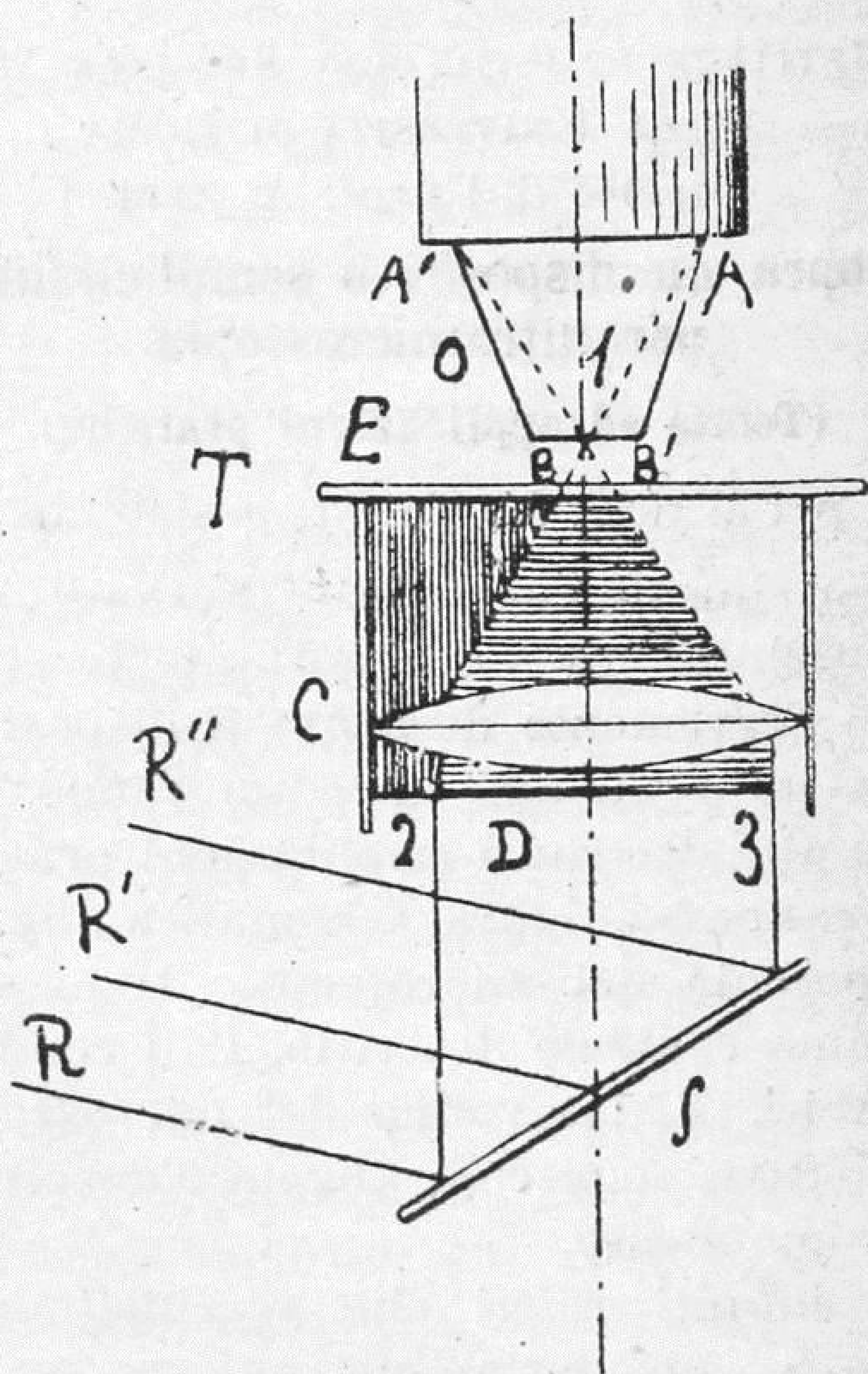


Fig. 2.

co ad R, esso si rifrangerà secondo A': ne risulterà un cono d'ombra, 1, 2, 3, per cui il campo microscopico risulterà oscuro. Ciò si verifica negli antichi diaframmi centrali che si usavano per semplice visione a fondo oscuro.

Ma la corona dei raggi marginali, a causa dell'imperfetto rapporto fra le dimensioni del diaframma e l'angolo d'apertura dell'obbiettivo, si rifletterà nell'interno del tubo del microscopio, e la visione sarà offuscata, quando si trovi in Φ o in B, un oggetto capace di far deviare verso l'asse i raggi incidenti obliquamente, agendo in tal guisa, che dal punto B o B' possano arrivare dei raggi nel microscopio, e perciò l'oggetto appaia chiaro su fondo oscuro.

Se invece noi occultiamo, oltre i raggi centrali, anche *parte di quelli marginali*, in modo che sia lasciato passare non un anello, ma *un semianello di raggi* (fig. 3), la riflessione nell'interno del tubo scompare, e tutti i corpi trovantisi in B', capaci di far deviare verso l'asse i raggi incidenti obliquamente, agiranno in tal guisa che dal punto B' potranno arrivare dei raggi nel microscopio, e perciò l'oggetto apparirà come un punto brillante su fondo oscuro, causato non più dal cono d'ombra 1, 2, 3, ma dalla zona di occultamento, vista in sezione E, B', 2, 3, (fig. 1). L'abolizione così ottenuta dei riflessi interni del tubo è di importanza fondamentale per la nettezza della visione.

1) *Applicazioni.* Studio degli emoconi: essi possono mettersi in evidenza osservando direttamente una goccia di sangue schiacciata fra due vetrini, col diaframma ad iride completamente aperto, e sostituito dal nostro diaframma (fig. 3) al di sotto del condensatore; come sorgente luminosa si deve usare un raggio di sole diretto, fatto arrivare, all'occorrenza, sullo specchio del microscopio per mezzo di uno specchio piano comune.

2) *Reazione di Widal.* La reazione di Widal microscopica viene col presente dispositivo ad essere grandemente facilitata, frustrando l'uso dell'incomoda goccia pendente: basta infatti allestire in altrettanti vetrini da orologio le diluizioni di siero ed i controlli, ed osservare direttamente col descritto dispositivo. Il fenomeno dell'agglutinazione apparirà in modo incomparabilmente evidente, e un solo germe rimasto mobile non sfuggirà alla visione, oltre che non vi sarà pericolo che i germi imbrattino la lente frontale dell'obbiettivo, essendo questo a piccolo ingrandimento, e quindi a forte distanza focale.

3) In definitiva, tutte le volte che la visione ultramicroscopica si impone per mettere in evidenza oggetti che o per dimensioni o per indice di rifrazione poco discosto da quello del mezzo ambiente non sarebbero altrimenti visibili (colloidi, germi, ecc.), il dispositivo de-

scritto si presenta senza dubbio vantaggioso per la sua grande semplicità e comodità, che ne rende l'uso facile e alla portata del medico pratico.

I miei più vivi ringraziamenti al prof. A. Zeri, direttore dell'Istituto, che, intravista la praticità e l'importanza del presente dispositivo, mi ha incoraggiato a pubblicare questa e la precedente nota.

Roma, 3 agosto 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

VIE DIGERENTI.

Sulla patologia del colon.

(A. HURST. *Brith. med. Journ.*, 17 giugno 1922).

Il tono del colon è tanto più debole quanto maggiore è la quantità del contenuto, e quindi la distensione: la peristalsi è indipendente dal tono, come del resto avviene in ogni altro organo muscolare cavo. Il tono mantiene costante la pressione interna del colon qualunque ne sia il contenuto: se il tono o il contenuto sono eccessivi insorge dolore. Alla radioscopia il colon trasverso e il discendente appaiono ordinariamente vuoti, ma, per lo stato di contrazione tonica, sono spesso palpabili come cordoni duri. Alcuni stimoli provocano la peristalsi in massa del colon, e principalmente l'introduzione di cibo nello stomaco vuoto; il contenuto del cieco e del colon ascendente, riassorbita la parte liquida, passa così nel colon pelvico, donde al prossimo pasto, od allo stimolo del levarsi da letto e vestirsi, si versa nel retto dove dà origine al riflesso della defecazione.

Occorre prudenza nell'apprezzare i risultati dell'esame radiologico del colon, essendo molto estese le variazioni fisiologiche della posizione, della mobilità, del tempo di riempimento, ecc.; i dati medii non possono servire di base al giudizio. L'esame radiologico è necessario prima d'iniziare il trattamento di ogni caso di costipazione ostinata. Va fatto dopo aver sospeso per 48 ore ogni purgante, ed eventualmente aver somministrato un clistere il giorno prima, che è bene ripetere il giorno dell'esame, di buon mattino. Soltanto l'esame radiologico permette di paragonare la posizione del colon nella stazione eretta e nel decubito orizzontale, scoprire aderenze, controllare la progressione del contenuto intestinale in ogni segmento del canale digerente.

La ptosi del colon di rado provoca inginocchiamenti e difficilmente dà sintomi di stasi: del resto la stasi del colon dev'essere considerevole prima di assumere una reale importanza.

Nella costipazione ostinata generalmente si tratta di semplice dischesia, cioè insufficiente defecazione, mentre il passaggio delle materie attraverso l'intestino è normale. In questi casi l'unico trattamento richiesto è la rieducazione dell'atto della defecazione, curando l'igiene dell'intestino: nei casi ribelli è utile qualche clistere glicerinato.

Frequente è pure la stasi nel tratto prossimale del colon; di rado comprende tutto il colon.

Secondo i casi il trattamento dietetico medicamentoso verrà integrato dal massaggio (da eseguire qualche volta col controllo dei raggi), dall'esercizio, da lavaggi intestinali.

Nel sospetto di un tumore conviene piuttosto l'osservazione radiologica dopo un clistere che dopo un pasto di bario, ma, specialmente nei primi stadi, il mezzo non è infallibile.

La diagnosi di colite non va posta con leggerezza. Se le feci sono dure una certa abbondanza di muco è fisiologica, e se ristagnano a lungo nel colon pelvico il muco può coagularsi, per effetto della mucinasi, in varia forma, anche di stampi tubolari, senza che perciò si possa parlare di colite muco-membranosa. In questa deve coesistere almeno il dolore da spasmo del colon.

Vi è colite quando il muco viene emesso insieme con feci non formate, e non è in causa un pregresso purgante, e quando l'esame microscopico del muco dimostra, oltre le solite cellule epiteliali, dei corpuscoli di pus. Nel cancro e nella colite ulcerosa dell'ultimo tratto del colon il pus è visibile macroscopicamente; se proviene dal primo tratto di solito è commisto intimamente alle feci.

Se in assenza di emorroidi, si trova nelle feci del sangue rosso, senza muco o pus, proviene generalmente da un polipo rettale: se vi è anche muco o pus bisogna pensare alla colite emorragica od ulcerosa, alla dissenteria, al cancro. In questi casi, a meno che l'esplorazione rettale e l'esame dell'addome non diano la certezza di un tumore è utile la sigmoscopia.

Con un po' di pratica si può introdurre il sigmoscopio senza anestesia, in posizione genupettorale, che permette quasi sempre di superare la flessura pelvi-rettale senza insufflazione, non sempre innocua quando vi sono ulcerazioni. Così riesce facile distinguere una colite da un tumore, e vedere il cancro della flessura pelvi-rettale, non raggiungibile dal dito

esploratore, e spesso non palpabile dall'addome, benchè talvolta possa essere percepito dall'esplorazione bimanuale; la flessura pelvi-rettale è, dopo il retto, la sede più frequente del cancro del grosso intestino.

Col sigmoscopio si possono riconoscere le varie forme di colite, nonchè l'assenza di infiammazione nella cosiddetta colite mucomembranosa; si può distinguere la dissenteria amebica dalla bacillare, e controllare la guarigione anatomica della dissenteria e della colite, e si ha così una guida per la terapia, che va continuata nonostante un'apparente guarigione clinica. L'impiego abituale del sigmoscopio fa scoprire molti casi iniziali di cancro del retto, ancora suscettibili di cura radicale.

L'A. mette in guardia contro l'abuso dei purganti, ai quali, più che al male, sono spesso imputabili molti disturbi dei pazienti. I purganti vanno dati con discernimento, in dose opportuna da ottenere una scarica di feci configurate ogni mattina. Se l'abuso di essi mantiene fluido o semifluido il contenuto del colon, le decomposizioni batteriche divengono molto attive, ed un eccesso di tossine viene prodotto ed assorbito.

L'enteroclisma è utile per rimuovere le feci da un colon irritabile o infiammato, che non tollera i purganti, quindi anche nella colite mucomembranosa. Il liquido adoperato non deve essere irritante; bisogna poi non abituare l'intestino al clistere, perchè la sua mancanza non diventi causa di costipazione: eventualmente si può tentare di avere scariche spontanee mediante olio di paraffina, aggiungendovi o meno piccole dosi di sena.

Nelle colite gravi, ulcerose, sono utili i clisteri di albargina al 2-3 ‰.

Gli enteroclismi vanno fatti a bassa pressione (30-50 cm. di dislivello) lasciando fluire non oltre tre quarti di litro circa di liquido: è inutile introdurre la sonda molle per lungo tratto, perchè non supera la flessura pelvirettale, e si ritorce irritando le pareti del retto: nelle condizioni esposte il liquido raggiunge il ceco.

Le indicazioni chirurgiche nelle malattie del ceco sono poche, se si toglie il cancro, la diverticolite, e le altre ostruzioni acute e croniche. Per la semplice stasi l'A. sconsiglia l'intervento, spesso inutile o dannoso, sempre pericoloso. La colectomia e l'appendicostomia vanno sempre più perdendo terreno. Nessun intervento sul colon è giustificato se non vi è una lesione obbiettiva certa e se non si sono esperite tutte le cure mediche.

L'A. preconizza, anche per le malattie del colon, istituti clinico-diagnostici ove il paziente possa beneficiare della collaborazione e dell'affiatamento di personale specializzato nelle varie ricerche.

DORIA.

Sulla iposecrezione gastrica e pancreatica,

(T. IZOD BENNET e E. DODDS. *Lancet*, 10 giugno 1922).

Esiste, quantunque piuttosto rara, un'achilia gastrica fisiologica, in giovani soggetti che hanno sempre goduto buona salute e non accusano nessun disturbo dispeptico. Essa è frequente, per conservare il paragone degli AA. quasi come i capelli rossi: l'achilia gastrica non rara dei vecchi non andrebbe compresa in questo gruppo, essendo probabilmente l'effetto di una degenerazione glandolare.

In queste forme benigne di achilia gastrica non vi è disturbo di secrezione al di là del piloro, lo stomaco si vuota rapidamente, il processo digestivo non è molto turbato, e la salute si mantiene buona.

Il succo gastrico estratto con la sonda è poco acido e non contiene HCl libero; la curva della tensione del CO_2 alveolare manca della consueta elevazione post-prandiale (in rapporto con la secrezione acida gastrica) mentre dimostra la consecutiva depressione (in rapporto con la secrezione alcalina pancreatica principalmente). Si hanno gli stessi reperti di laboratorio nell'achilia patologica con dispepsia; in essa la flatulenza è un sintoma predominante, e dipende forse dalla inconscia aerofagia in rapporto con le rapide e precoci contrazioni dello stomaco rapidamente svuotato.

Vi è un'achilia dispeptica con abbondante secrezione di muco; si tratta allora o di un carcinoma, o più spesso di una gastrite, non di rado secondaria ad infezioni croniche dei polmoni o del nasofaringe, contro le quali anche deve rivolgersi la terapia.

Le dispepsie acloridriche con ritardato svuotamento gastrico sono generalmente dovute a ptosi gastrica e intestinale.

Le condizioni dell'iposecrezione pancreatica non sono ben conosciute. Gli AA. ricordano un caso nel quale dopo una malattia acuta febbrile si manifestò flatulenza ed attacchi di diarrea; i grassi erano mal digeriti, e nelle feci vi era abbondante residuo di fibre muscolari. La curva del CO_2 alveolare mostrava appena accennata la depressione pancreatica. La laparotomia rivelò una fibrosi del pancreas.

Gli AA. sostengono che l'achilia gastrica dell'anemia perniciosa è secondaria all'ane-

mia, e respingono l'ipotesi che essa dipenda dall'azione contemporanea di un agente tossico sul sangue e sulla mucosa gastrica.

Nei malati di anemia perniciosa è frequente la diarrea, ed il reperto di grassi neutri e di fibre muscolari nelle feci: ciò parla per un disturbo della secrezione pancreatica. Concordemente, nella curva del CO_2 alveolare la depressione pancreatica è poco marcata, mentre fa completamente difetto l'elevazione gastrica. Una curva molto simile si ha pure nelle gravi anemie secondarie: e C. Miller ha osservato che poco dopo gastrorragie da ulcera, la secrezione gastrica è nulla o quasi.

I casi nei quali l'achilia precede l'anemia sono rari, tanto da poter pensare a coincidenze fortuite; l'A. ricorda un caso di V. Bie nel quale diede ottimi risultati il trattamento con larghe dosi di HCl; non si trattava però di anemia perniciosa.

Nel carcinoma gastrico si possono avere vari tipi di risposta agli esami di laboratorio.

Nel cancro pilorico manca la prima elevazione nella curva del CO_2 alveolare, ma è normale la depressione pancreatica. L'esame frazionato del contenuto gastrico mostra un'acidità totale molto superiore all'HCl libero, che del resto appare solo negli ultimi saggi estratti: il vuotamento è lento. A digiuno lo stomaco contiene residui alimentari scuri, di cattivo odore: l'acidità totale è relativamente alta, ma non vi è HCl libero. Tuttociò può dipendere dal semplice ristagno: gli AA. sono talvolta riusciti ad ottenere col pasto di prova un succo gastrico di bassa acidità, con HCl libero, dopo aver lavato lo stomaco con una debole soluzione alcalina, e lasciato il paziente per un giorno ad acqua.

Questa sindrome da ostruzione pilorica può esser data anche da una gomma: la diagnosi di questa rara eventualità si accerta mediante la cura specifica, oppure all'intervento.

Solo il cancro avanzato, d'ordinario, dà questa sindrome: nelle fasi iniziali le difficoltà diagnostiche sono maggiori. L'iposecrezione gastrica può allora essere in rapporto con l'anemia, come si può osservare in tutti i cachettici, e specialmente nella tubercolosi avanzata e nel morbo di Bright.

Si tratta quasi sempre di tumore maligno quando la sonda estrae enormi quantità di muco tinte di sangue.

In alcuni casi di carcinoma i reperti sono simili a quelli dell'achilia gastrica benigna; però la presenza di pigmento ematico bruno o rosso, anche scarso, segno di recente emorragia, indirizza alla diagnosi.

DORIA.

Due casi di stomaco intratoracico.

(RONNEAUZ. *Bull. Off. de la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*, 30 année, n. 2, févr. 1922, pag. 71).

Le cause ammesse per spiegare la migrazione intratoracica degli organi addominali sono:

1. L'assenza congenita del diaframma e di una sua metà, rarissima nella specie umana.

2. Ernia congenita, per arresto di sviluppo del diaframma o per l'assenza della parte posteriore dell'una o dell'altra metà del diaframma, specie il sinistro.

3. Ernie acquisite di origine traumatica, squarcio per una costola fratturata o per un proiettile, o rottura del diaframma per schiacciamento e anche per sforzo.

Quantunque le ernie diaframmatiche non fossero rare (secondo Giffin 650 casi) la diagnosi clinica fu fatta o fu prospettata solo in una quindicina di casi. La radioscopia ha modificato le difficoltà diagnostiche, rilevando casi nei quali i portatori non avvertivano alcun disturbo. Essa ha permesso di aggiungere ai casi noti quelli di elevazione congenita del diaframma per atrofia delle fibre muscolari, detta «eventrazione diaframmatica».

In Francia durante la guerra si pubblicarono casi d'origine traumatica. Notevoli specie le osservazioni di Gilson e Cuénaux sul funzionamento degli ectopizzati, specie in rapporto al riempimento e vuotamento dello stomaco.

Dopo queste osservazioni ultime, nelle quali l'esplorazione radiologica dava la certezza diagnostica della migrazione intratoracica degli organi addominali, l'A. riferisce due casi differentissimi l'uno dall'altro.

Il primo concerne un ammalato affetto da tubercolosi polmonare, nel quale si constata clinicamente una oscurità respiratoria alla base polmonare sinistra, coincidente poco con gli altri segni cinici, attribuita ad ispessimenti pleurici da pleurite di antica data, e come tale curata da parecchi anni.

L'esame radioscopico del torace mostrava, indipendentemente dalle lesioni apicali, una espansione dell'emitorace sinistro, alla base del quale vi è una zona trasparente arrotondita, senza che sia possibile di distinguere i contorni del diaframma nè alcun movimento che si riferisca ad esso. Questa bolla gassosa spingeva il cuore verso destra e occupava tutta la larghezza dell'emitorace fino al contorno toracico. Nondimeno pareva dotata di movimenti di espansione respiratoria.

L'ingestione del pasto opaco mostra che que-

sta zona di chiarezza era una bolla di aria gastrica: lo stomaco si riempiva nel lato destro presso a poco all'altezza del diaframma destro, che funzionava normalmente; questa bolla di aria era retrocardiaca, lo stomaco era obliquo dall'alto in basso e da dietro in avanti; la regione pilorica era situata indietro del suo basso fondo; il duodeno con la prima porzione sorpassava i limiti inferiori dello stomaco per rimontare in seguito indietro ed imboccare il digiuno situato più a sinistra.

Vuotamento continuo, lento, con larga immagine duodenale, completa in meno di un'ora e mezza. Assente qualunque disturbo gastrico.

Si trattava di assenza congenita della porzione posteriore del diaframma o di un'elevazione del diaframma con fibre muscolari atrofiche o di ernia diaframmatica. Si trattava di aderenze da pleurite pregressa con retrazione polmonare, la quale abbia attirato lo stomaco nella gabbia toracica? Imprecisabile la patogenesi, ma da escludersi quest'ultima ipotesi.

Il secondo caso è di un uomo di 35 anni atleta e praticante sport prima della guerra. Nel 1915 fu incolto da una frana in trincea per esplosione di proiettili di artiglieria da grosso calibro. Perduta la conoscenza la riacquistò dopo un tempo indeterminato, incapace di muoversi, vomitando sangue, con respirazione stentata, con dolore intenso a livello della zona epigastrica, ad irradiazione verso le spalle. In tale stato resta per 4 giorni, fino a quando la frana è sgombrata ed è liberato in condizioni gravissime. Ancora per 48 ore respirazione difficilissima, prostrazione completa, espettorato sanguinolento. Ha incominciato ad alimentarsi dopo 6 giorni di digiuno. Si ristabilì senza trattamento speciale, cessò l'emottisi, si attenuarono i dolori, ma gli atti respiratorii restarono brevi; grave dimagrimento.

Fu creduto affetto da tubercolosi e come tale riformato parecchie volte, nonostante la negatività dell'esame dell'espettorato. La sua capacità respiratoria che era normalmente di 5 litri si ridusse ad 1 litro ed 1/4. Con opportuna ginnastica la sua capacità respiratoria fu portata a 2 litri 1/2 e riguadagnò in peso ed in forza.

L'esame radioscopico negativo per reparto tubercolare. Non tossisce più nè espettora: fa dello sport, del canotaggio, degli esercizi fisici; aumenta la sua capacità respiratoria a litri 3 1/2, ma negli esercizi violenti prova una sensazione di dolore toracico inspiegabile.

Un esame radiologico, praticato dall'A. rivela la presenza nell'emitorace sinistro di una bolla idro-aerea di grandi dimensioni, che raggiunge quasi in alto la clavicola, con immagine di idropneumoperitoneo. Per il contorno superiore della zona gassosa ha dei movimenti di ascesa e di discesa isocroni a quelli del diaframma destro, ma più deboli, quasi che il diaframma sinistro si copra dalle bolle gassose. Una benda fibrosa rettilinea faceva credere ad una briglia polmonare.

Pensando che la raccolta idro-aerea possa essere lo stomaco in ectopia intratoracica ripetè la radiografia con ammalato a digiuno: si notò in tali condizioni la scomparsa del liquido e la presenza di una bolla gassosa chiarissima di dimensioni non inferori a quelle rilevate in precedenza, limitata in alto dalla cupola diaframmatica sempre situata più alta e di cui non si vede la continuità con quella di destra; il cuore è spostato a destra. Si direbbe che ha due diaframma indipendenti. L'ingestione del pasto opaco rivela uno stomaco quasi interamente toracico e deformatissimo: di forma allungato, con basso fondo terminante in un punto, obliquamente diretto da fuori in dentro, è situato in avanti e sul lato sinistro del cuore che è spinto verso destra. L'esofago è spostato verso destra e scendendo in basso sembra che si continui con lo stomaco nella sua regione posteriore a qualche centimetro dal fondo; il quale si riempie prima; dopo il livello risale verso la tasca di aria, che aumenta leggermente di volume e sembrava occupare quasi tutto il torace. Evacuazione lenta, senza contrazioni violente ed attraverso orifizio situati più in alto che il cardias. Impossibile distinguere la forma dell'ansa duodenale: evacuazione gastrica completa dopo 4 ore. La deformazione dell'immagine gastrica pareva dovuta da una parte ad un movimento a bascula per la posizione del piloro al disopra del cardias e ad aderenze, che deformano la regione posteriore, tanto da non poter disgiungere le immagini del duodeno e del digiuno.

Trattavasi quindi di rottura del diaframma, con squarciamento del polmone e fissazione postuma degli organi traumatizzati in posizione alta per aderenze conseguenti al decubito dorsale prolungato per parecchie settimane.

Queste due forme di ectopie gastriche intratoraciche sono compatibili con la vita e non hanno dato attualmente alcun sintomo che possa attirare l'attenzione sulle vie digestive, con appetenza normale e funzioni digerenti normali.

JURA.

CUORE E VASI.

La sindrome mediastinica della stenosi mitralica pura.

(GOGLIA. *Folia Medica*, n. 9, 1922).

A causa del valore che, per il compenso idraulico, il seno s. assume nella stenosi mitralica, si comprende come spesso, per ipertrofia e dilatazione, esso possa raggiungere dimensioni notevoli. Ciò era conosciuto anche dai medici antichi.

In alcuni dei casi più spiccati l'eccessivo volume che acquista il seno può dar luogo ad una sintomatologia caratteristica che riproduce in buona parte la fenomenologia da compressione di un tumore del mediastino. L'A. riferisce 4 casi del genere.

Dallo studio delle storie riportate si rileva che i fatti di compressione che il seno s. molto ingrandito può determinare sono: il pulsus differens (Leo Popoff), l'anisoconia, la disfonia, il marezzamento venoso precordiale (Landolfi), il dolore puntorio auricolare di Vaquez.

Non sempre nel singolo caso sono presenti tutti i segni notati: ma per la diagnosi bastano tre o quattro. Altrimenti si parla di forme frustre. La patogenesi di questi segni è in succinto la seguente: il pulsus differens è dovuto alla compressione della succlavia di s.; l'anisocoria alla compressione del simpatico di s.; la raucedine ad una paresi del ricorrente di s. compresso sia direttamente, sia indirettamente a mezzo dell'arteria o delle vene polmonari contro l'arco aortico; il marezzamento venoso localizzato alla regione dello sterno e precordiale si deve ad una compressione delle vene mediastiniche.

La ipertrofia e dilatazione del seno generano ancora il ritmo di galoppo (in quanto nella presistole, silenziosa nella forma, si sviluppa un tono ascoltabile) ed il dolore puntorio laterale di Vaquez avvertito in una zona posta tra la colonna vertebrale ed il margine int. della scapola s. La genesi di tale dolore, spontaneo nel riposo o provocabile nello sforzo, non è semplice: esso è causato da una irritazione degli elementi nervosi che danno la sensibilità all'orecchietta per effetto della pressione su di essi esercitata dalla fibra muscolare ipertrofica, della distensione stessa, per una endocardite del seno propagatasi dalla mitrale.

L'A. aggiunge alcuni altri fenomeni da lui messi in rilievo nella forma mediastinica della stenosi mitralica e cioè: lo scodismo nelle adiacenze della ottusità posteriore, ed un evidente respiro di compenso nel cavo ascellare di s. cui l'A. assegna notevole valore diagnostico.

I rumori si propagano al dorso più distintamente che in qualsiasi altro tipo di stenosi mitralica pura.

Nel decorso di questo complesso sintomatico si notano, parallelamente alle oscillazioni del volume del seno ectasico, variazioni ampie dei sintomi segnati fino alla scomparsa nel miglioramento delle condizioni del circolo.

La diagnosi si fa spesso direttamente sopratutto per la constatazione della lesione orificiale così che più che una diagnosi differenziale tra la forma mediastinica della stenosi mitralica pura e le altre affezioni del mediastino che possano simularla, in pratica è da pensare piuttosto ad escludere una stenosi mitralica dinanzi a sindromi mediastiniche.

D. MASELLI.

Oscillazioni periodiche costituzionali e patologiche nello stato dei capillari sanguigni.

(GOGLIA. *Folia Medica*, n. 9, 1922).

L'A. osserva per mezzo di un microscopio a luce incidente i capillari della radice ungueale, studiandone la forma e le caratteristiche della corrente ematica inclusa; osserva inoltre la reazione allo stimolo meccanico (strisciamento come per provocare il dermografismo):

A) oscillazioni periodiche: 1) durante la giornata. L'ampiezza dei capillari varia in modo quasi corrispondente alla temperatura del corpo. L'ampiezza, minima la mattina, aumenta nel corso della giornata fino a raggiungere il suo massimo verso le 17, un po' prima del raggiungimento della massima temperatura corporea. Anche la minima ampiezza dei capillari (2 del mattino) precede alquanto il momento della minima temperatura del corpo: è dunque probabile che le oscillazioni termiche dell'organismo dipendano direttamente dalle variazioni di ampiezza dei capillari. Hanno forse un rapporto con queste variazioni di ampiezza la frequenza delle morti per peritonite e delle morti dei lattanti alle ore 18 (massima ampiezza capillare) per tubercolosi alle ore 2 (minima ampiezza) e la frequenza della crisi pneumonica verso le 3-6 (minima ampiezza); 2) mensili. Esiste nella donna uno stato spastico premestruale dei capillari, che si continua ad eguali intervalli anche durante la gravidanza; 3) durante l'anno. Lo stato spastico dei capillari aumenta progressivamente dalla fine di settembre a gennaio, per poi diminuire (coincidenza con la frequenza degli eczemi, con la grande mortalità per tubercolosi).

B) Oscillazioni costituzionali. L'A. distingue

tre tipi: 1) bambini normali. Capillari diritti o lievemente serpentini, forte arrossamento dopo lo stimolo meccanico, in 1/3 dei casi forte anemizzazione con lieve alone rosso, raramente formazione di pomfi; 2) astenici, vasomotorii, individui a capelli biondi o rossi, capillari serpentini, rete profonda visibile, dopo lo stimolo meccanico arrossamento o anemizzazione come negli individui normali, però forte tendenza alla formazione dell'alone iperemico e discreta tendenza alla formazione di pomfi; 3) asmatici e ammalati di emicrania. Nei primi, anse capillari corte e diritte, dense, dopo stimoli meccanici lieve iperemia e notevole anemizzazione; nei secondi anse serpentine, dopo stimoli meccanici anemizzazione più intensa ancora che negli asmatici, contemporaneamente a maggior intensità della iperemia.

C) Oscillazioni patologiche. Nel secondo stadio della tubercolòsi infantile (Ranke) forte diminuzione dell'iperemia dopo stimoli meccanici. Assenza completa della reazione iperemica durante il deliquio, ricomparsa dopo il ritorno della coscienza. POLLITZER.

Aneurisma diffuso della arteria femorale provocato da un'esostosi osteogenica dell'estremità inf. del femore.

(R. MONOD. Comunicaz. di P. MATHIEU. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris*, 21 novembre 1922).

L'A. riporta un caso occorsogli: un giovane, che già da alcune settimane provava un po' di dolore alla gamba sin., nel gravare su questa gamba per respingere coll'altra un pallone sentì un forte dolore poco al di sopra del ginocchio sinistro tanto che non potè più fare che pochi passi. La coscia si tumefece e il dolore andò aumentando nei giorni successivi, comparve febbre a 38°.8. L'A. esaminò l'infermo in 8ª giornata; questi aveva febbre a 39°, polso rapido, notevole aumento di volume al terzo inferiore della coscia sinistra, articolazione libera, regione calda, si sentiva un impacco profondo, dolente, non fluttuazione, non pulsazione, non thrill.

Fu fatta diagnosi di osteomielite acuta dell'estremità inf. del femore ed operato. Si cadde su di una grossa raccolta di coaguli; ottenuta l'emostasi provvisoria passando un laccio sulla femorale comune e vuotato il cavo si sentì una esostosi della lunghezza di 4-5 cm. al di sopra del condilo int.; fu asportata. Si legarono in situ l'arteria e la vena femorale con doppia legatura una al di sopra, l'altra al disotto del punto leso e l'infermo guarì senza alcun disturbo circolatorio consecutivo.

I casi di aneurisma diffuso dell'arteria poplitea, consecutivi a lesioni dell'arteria per un'esostosi del femore sono rari. L'A. ne ha ritrovati 6 nella letteratura e tutti avevano molti punti comuni fra loro.

Si tratta quasi sempre di giovani. L'inizio della malattia è per lo più brusco: dopo un trauma leggero compaiono dolori alla parte inf. della coscia e tumefazione a carattere progressivo. All'inizio in alcuni casi si possono avvertire anche pulsazioni e soffio, che poi scompaiono. La cute può arrossarsi, la temperatura raggiungere i 39°, tanto da dare alla lesione un aspetto infiammatorio. Da questo particolare aspetto flogistico sono rimasti colpiti i chirurghi che hanno osservato i casi suddetti tanto che una volta fu fatta diagnosi di ascesso e un'altra di osteomielite.

Quanto alla cura sono state praticate 2 amputazioni; 3 doppie legature, 1 sutura vascolare.

L'A. crede sia da adottarsi la legatura, perchè stando la lesione al di sopra dei rami articolari il circolo collaterale è assicurato.

G. MATRONOLA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(R. BURNARD. *La guérison de la tuberculose pulmonaire*. (Baillière, éd. Paris, 1923. Collection « Les actualités médicales ». 6 fr.).

In questo libro, scritto in istile scorrevole ed attraente, l'autore cerca di affrontare l'arduo problema riguardante i processi di guarigione della tubercolosi polmonare.

Nella prima parte (parte generale) dopo alcune considerazioni cliniche sul cosidetto « terreno organico », egli tratta principalmente del decorso della tisi lasciata a sè stessa ovvero curata; riporta numerose statistiche ed espone i suoi concetti sulla prognosi e su quella che egli ritiene essere la percentuale effettiva dei casi di guarigione. Nella seconda parte poi egli raggruppa in alcuni capitoli brevi e precisi le nozioni su cui il medico pratico può e deve fondare la diagnosi del miglioramento e della guarigione nei casi di tubrcolosi polmonare sottoposti ai varii trattamenti terapeutici.

I dati clinici, radiologici e di laboratorio vengono dall'A. passati in rassegna, se non con profondità di analisi, certo con sintetica praticità e con notevole chiarezza.

In complesso questo volume porta l'impronta della vasta e profonda esperienza clinica dell'A., e può riuscire di non poca utilità al medico pratico. A. CARDARELLI.

Maladies de la nutrition. Tome 23° du Traité de pathologie, publié sous la direction de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS e BABONNEIX. Maloine, éd. Paris, Fr. 30.

In un grosso volume di più di 600 pagine, dedicato alle malattie del ricambio, il diabete, la gotta, la polisarcia, il reumatismo cronico sono trattate da Mouriquand, della facoltà di Lione. Tutta l'intonazione nello svolgimento di argomenti vecchi, e pur sempre nuovi per rinnovate conoscenze sulle glandole a secrezione interna sulle funzioni del sistema nervoso, sente della moderna influenza di queste nuove conoscenze che tanta ripercussione hanno avuto sulle direttive patogenetiche e curative.

Ma una speciale attrattiva offrirà allo studioso il volume per l'autorità dei nomi che hanno compilato brevi e compendiosi articoli su argomenti che si possono chiamare all'ultima moda. Così Achard si occupa dei disturbi della nutrizione in generale, della funzione del sale in fisiopatologia, Weill e Laudat dell'urea e dell'azotemia, Chauffard e Laroche della colesterinemia, Loeper della ossalemia.

Opera armonica e piena di interesse, moderna, in argomenti in cui la scienza medica è in pieno movimento. PONTANO.

GIOVANNI FRANCESCHINI. *Le malattie sessuali.* Un vol. in-24 di 317 pag. rilegato (Manuale Hoepli). U. Hoepli ed., Milano 1922. Prezzo L. 9.

La vasta materia della patologia e terapia delle malattie veneree e sifilitiche è stata abilmente condensata dal prof. Franceschini pure facendone risaltare le parti più importanti ed esponendole in modo che il lettore ne ha subito un'idea ben chiara.

In questa quinta edizione (la quarta venne esaurita in soli due anni) l'A. ha aggiunto nuovi capitoli, sulle uretriti non blenorragiche, sulla sifilide tardiva dell'utero e delle ovaje, sull'esame del sifilitico, ecc. L'A. ha avuto di mira le esigenze del pratico ed ha resistito alla tentazione di addentrarsi in particolari, che per il pratico sono inutili, evitando fra l'altro di descrivere la tecnica della reazione di Wassermann. Sarebbe però stato opportuno che vi fossero accennate anche le altre reazioni sierologiche (p. e. la Sachs-Georgi) a cui si attribuisce ora un certo valore: per quanto riguarda poi la colorazione delle spirochete, ci sembra che sarebbe stato necessario indicare il metodo Fontana, che dà risultati certamente non inferiori al Giemsa. Il lavoro è completato da un formulario.

fil.

Annuario della Cassa Nazionale Infortuni.

L'Annuario 1922 della Cassa Nazionale Infortuni pubblicato in questi giorni è un volume di 1430 pagine, nel quale si trovano i dati completi sulla organizzazione della Cassa, sulla costituzione dei suoi quaranta Compartimenti autonomi, e sul suo personale.

Notevole la « Esposizione cronologica del movimento delle assicurazioni sociali in Italia e dello sviluppo delle operazioni della Cassa Nazionale Infortuni » e le « Statistiche della Cassa stessa per l'assicurazione degli infortuni » dal 1884 a tutto il 1921, che eloquentemente dimostrano il continuo progresso della attività della Cassa nello svolgimento di questo ramo di previdenza sociale che tanti vantaggi arreca alla classe lavoratrice.

Utilissimi i prospetti della composizione dei Comitati compartimentali di liquidazione d'indennità, — delle Commissioni arbitrali compartimentali, — e delle Commissioni compartimentali per le tariffe, istituite in conformità di legge per il funzionamento dell'assicurazione infortuni in agricoltura; ed utilissima l'aggiunta in appendice di notizie particolareggiate sulla composizione degli Istituti provinciali di previdenza, costituiti per il funzionamento della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, e degli Istituti di Patronato e di Assistenza approvati fino al 31 dicembre 1921.

In 36 fotografie che illustrano il volume, sono rappresentate varie Sedi Compartimentali e Secondarie, e gli interni dei principali Ambulatori medico-chirurgici di questo Istituto.

Ci sia consentito di riprodurre in queste colonne il giudizio che l'insigne neuropsichiatra di Genova ha pubblicato nel fascicolo dello scorso dicembre dei « Quaderni di Psichiatria » sulla « *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso* » (Parte generale), del prof. G. Fumarola, recentemente stampato dalla Casa Editrice L. Pozzi di Roma:

« Eccellente guida per l'esame diagnostico dei malati di sistema nervoso, questo del Fumarola, che è aiuto nella Clinica Neuropsichiatrica diretta dall'ill.mo prof. Mingazzini, e che oltre alle notizie usuali o classiche vi raccoglie gli insegnamenti della rinomatissima Scuola Romana e vi mette anche non poche sue note originali. Il Mingazzini ha fregiato il volume di una breve prefazione e di due capitoli, l'uno in principio, sulla anamnesi (« catamnesi » del Maestro), l'altro terminale, sulla diagnosi in generale delle malattie nervose *ab ungue leonem*, è il caso di dire, e non aggiungiamo altro. L'A., per suo conto, ha diviso il trattato

in capitoli che espongono con singolare diligenza, pur senza inutili superfluità, gli esami speciali da farsi sulla motilità, sui riflessi, sulla sensibilità, sui sensi specifici, sul linguaggio, sulle prassie (questo è nuovo in libri del genere), sulla psiche; seguono in capitoli distinti alcune ricerche semiologiche particolari, la cefaloscopia e cefalometria, la cefaloplessia, la puntura lombare ed il Liquor, la puntura cerebrale, la reazione Wassermann, la laringoscopia, la radiografia, infine la elettrodiagnosi. Lo stile piano ed equilibrato dell'opera, la metodica e saggia distribuzione della materia, la non comune competenza dell'autore, il ricordo opportuno di tutte le più accertate novità ed attualità semiologiche, le semplificazioni di certi esami, ad es. degli interrogatorii, e non ultimo, anzi encomiabilissimo pregio, le belle tavole e le dimostrative illustrazioni, renderanno il libro del Fumarola assai utile agli studenti, a tutti i pratici e sopratutto a quei medici che intendono cominciare a specializzarsi in Neuropatologia.

Auguriamo all'autore e all'editore solertissimo la meritata fortuna, e a noi lettori e studiosi la sollecita comparsa della Parte speciale che avrà senza dubbio i meriti di questa parte generale e introduttiva».

ENRICO MORSELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 17 dicembre 1922.

Presidenza: prof. gr. uff. GIOVANNI MIRANDA.

Trequarti cistoscopico per le operazioni endovescicali.

GIANTURCO dott. GIULIO. — L'O. presenta un apparecchio da lui ideato che permette di compiere la litotrizia ed altri interventi viscerali con il controllo del cistoscopio. Poichè il calibro dell'uretra non permette di raggruppare in un unico strumento il sistema ottico illuminante e strumenti operatori sufficientemente robusti ed efficaci, ha pensato di rendere indipendenti le due parti introducendo il sistema ottico illuminante in vescica mediante puntura soprapubica e lasciando libera la via uretrale per l'introduzione di strumenti operatori.

Il trequarti cistoscopico consta di una camicia del calibro esterno di 15 Charrière, fornita di una valvola e di un dispositivo destinato a limitare la penetrazione dello strumento: di un punteruolo, fornito di manico, del calibro 12 Charrière; di un cistoscopio retto tipo Nitche del calibro precedente e di un catetere retto con occhi laterali pure del precedente calibro 12. Gli ultimi tre strumenti sono intercambiabili e possono essere tutti introdotti a dolce sfregamento nella camicia.

L'uso dell'apparecchio è semplicissimo. Previa anestesia lombare, con il paziente in posizione di Trendelemburg lieve e a vescica piena di acqua sterile, la camicia armata di punteruolo viene spinta in vescica. Ritirato il punteruolo questo viene sostituito dal cistoscopio. Si esplora la vescica e quindi si introduce, attraverso l'uretra, il litontritore spezzettando il calcolo sotto il controllo visivo. L'eventuale intorbidamento del liquido viscerale potrà essere tolto, sostituendo al cistoscopio il catetere retto e procedendo al lavaggio vescicale. Terminata l'operazione si introduce in vescica per l'uretra il catetere a grossi occhi laterali stabilendo con questo ed il catetere soprapubico, una corrente liquida che rapidamente asporta i frammenti del calcolo. Sonda a permanenza e l'ammalato in 5 o 6 giorni può essere rimandato.

L'apparecchio viene oggi costruito dalla Reineger-Gebbert und Schall di Erlangen (Germania).

L'apparecchio a visione stereoscopica di von Eicken in otorinolaringoiatria.

TANTURRI prof. DOMENICO. — L'O. presenta ed illustra l'apparecchio di v. Eicken, col quale all'immagine virtuale che si ottiene normalmente con la visione monoculare, si sostituisce la visione stereoscopica binoculare: l'immagine può pure essere ingrandita del doppio. L'apparecchio è utilissimo per l'insegnamento poichè a mezzo di combinazioni di lenti, l'osservazione dell'infermo può essere fatta contemporaneamente da due o tre persone. L'O. fa rilevare che con la visione stereoscopica viene a formarsi una nuova immagine laringea o nasale o timpanica ed essa potrebbe essere il punto di partenza di una più esatta semeiotica e può rappresentare un vero rinnovamento della tecnica di osservazione laringea, nasale ed auricolare.

Un caso di piede bidattile.

MINERVINI prof. RAFFAELE. — L'O. riferisce su di un caso di grave deformità congenita del piede sinistro in una bambina di 6 anni la quale presentava pure deformità più lievi all'altro piede e ad una delle mani. Il piede sinistro possiede solo l'alluce ed il 2º dito articolati sopra un unico osso metatarso grosso e tozzo. Mancano tutte le ossa del tarso ed in loro vece è una massa cartilaginea informe entro la quale si vedono solo tre soli punti di ossificazione; manca completamente il perone. Presenta delle bellissime radiografie dimostrative.

L'O. considera questa deformità come una ectromelia longitudinale da arresto di sviluppo, ossia con mancato sviluppo del raggio segmentario peroniero dal quale traggono origine le ultime tre dita.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

MALATTIE INFETTIVE.

Intorno alle setticemie pneumococciche prolungate.

Loubet e Riser (*La Presse médicale*, 1922, n. 29) portano un nuovo contributo alla conoscenza delle setticemie pneumococciche ben sopportate, ad evoluzione prolungata, senza localizzazioni polmonari svelabili con gli esami clinici ripetuti e minuziosi.

Il periodo di malattia della P., una donna di 23 anni, si può dividere in quattro fasi: la prima dura 23 giorni ed è marcata da un rialzo termico poco elevato e continuo, da fenomeni di anoressia e di abbattimento. L'esame dei differenti visceri non rivela nulla.

La seconda fase dura 14 giorni, ed è caratterizzata dall'apparizione di una sindrome setticemica attenuata: cefalea, splenomegalia leggera, oliguria, piccoli segni di endocardite, la temperatura aumenta ogni giorno regolarmente. Questo periodo è chiuso da una caduta brusca della temperatura con sudori abbondanti e perdita della conoscenza.

La terza fase dura sedici giorni: clinicamente è caratterizzata da un miglioramento dello stato generale, dalla scomparsa della splenomegalia e dei sudori. Ma la temperatura mostrasi sempre intermittente, aumenta a poco a poco, prendendo del tutto il tipo generale della curva precedente. In questo momento l'emocultura svela il pneumococco ed allora si inietta il siero antipneumococcico.

La quarta fase dura 14 giorni: la temperatura è sempre a tipo intermittente, oscillante fra 37° e 38°. Lo stato generale è buono: a questo proposito conviene certamente attribuire un effetto curativo al siero antipneumococcico.

Esaminando le rare simili osservazioni riferite dai vari autori, constatiamo come un fatto altamente interessante sia la presenza nel sangue dello pneumococco, presenza ben tollerata perchè la guarigione è quasi la regola. Ed anche vediamo lo stato generale permanere relativamente buono malgrado la temperatura elevata ed i segni indiscutibili di tossiemia, quali la miocardite, la splenomegalia, l'albuminuria leggera.

È interessante il fatto che non è segnalato, nel corso di queste setticemie prolungate, alcuno dei fenomeni caratteristici di alta virulenza del germe, quale ad es., la purpura.

MONTELEONE.

L' infezione malarica nei rapporti con la chirurgia.

Circa l'influenza che un trauma esercita sulla malaria latente, F. Cioffi (*Arch. italiano di chirurgia*, luglio 1922) osserva che già da Verneuil e dai suoi allievi era stata accolta l'ipotesi del risveglio di una infezione malarica dopo i traumatismi della regione splenica. Altri autori, in seguito, ammisero la possibilità di tale risveglio anche dopo traumi alle ossa, altri infine anche dopo qualunque trauma.

L'A. nello spogliò di 60 casi di ferrovieri malarici, che subirono infortuni, trovò che in nessuno si ebbe mai a verificare un nuovo attacco malarico parallelamente o poco dopo il trauma subito, e se talvolta trattavasi di traumi di poca entità guariti in 14-20 giorni, tal'altra si ebbero traumi di una certa gravità, come fratture del perone, del radio, artrosinovite, ecc.

Oltre al trauma, anche gli interventi chirurgici operatorî sono stati incolpati di provocare il risveglio di accessi malarici; da una inchiesta fatta dall'A. in diversi ospedali d'Italia risulta che tale risveglio si osserva dove viene tuttora usata la cloronarcosi; dove invece questa è sostituita dall'eteronarcosi, i casi di recidive postoperatorie non si verificano più; esse sarebbero dunque da ascriversi al cloroformio e non all'intervento operatorio.

Esclusi quindi i traumi della milza e delle ossa per cui sembra raggiunto l'accordo (alcuni casi dell'A. sono discordanti per quanto riguarda le ossa), la questione del rapporto fra traumi e risveglio di accessi malarici va dunque ripresa e studiata a fondo con una larga base di ossevazioni; quelle dell'A. che sono già in discreto numero tendono ad escludere tale rapporto ed indicano ai chirurghi esercenti in regioni malariche il modo di eliminare le recidive negli operati adottando l'etero- anzichè la cloronarcosi.

fil.

Modificazioni delle unghie dopo reumatismo acuto e tubercolosi.

Le osservazioni del Rosenau di Baltimora (*La Presse Médicale*, 1922, n. 74) portano a concludere che nel reumatismo acuto possono prodursi piccole depressioni, circoscritte e puntiformi sulle unghie, specialmente allorchè coesistono lesioni cardiache; ciò si troverebbe nel 95 % dei casi ed anche nella corea. Tali alterazioni sono passeggere e possono ricomparire di nuovo dopo una recidiva della stessa

infezione o con la comparsa di un'altra infezione; possono persistere fino a 15 giorni dopo l'ultima *poussée* reumatica.

In genere queste modificazioni non compaiono prima del sesto settenario. Frequentemente queste depressioni si accompagnano a solchi longitudinali od orizzontali, completi od incompleti. Esse alterazioni ungueali, purchè il malato non abbia un processo tubercolare attivo, testimoniano quasi sicuramente un anteriore reumatismo acuto od una corea, ed indicano con probabilità che una certa lesione cardiaca è di origine reumatica. Ma le stesse alterazioni si osservano anche nel 70 per cento delle tubercolosi attive, accompagnate però spesso da solchi trasversali o longitudinali e da deformazioni a bacchetta di tamburo. Eccezionalmente le alterazioni descritte sono state ritrovate in alcune malattie infettive: scarlattina, febbre tifoide, vaiolo, ecc.

MONTELEONE.

Le iniezioni endovenose di urotropina nell'ileotifo.

De Quiros (*Semaña med.* e *Liguria medica*, 1° agosto 1922), usa da qualche tempo con successo le iniezioni endovenose di urotropina in soluzione isotonica nel trattamento dell'ileotifo. La temperatura va gradatamente discendendo fino a raggiungere la normale verso il 12°-15° giorno; lo stato stuporoso, la sete, la lingua fuligginosa scompaiono al 4°-5° giorno, l'oliguria è sostituita da una abbondante diuresi.

La soluzione usata è al 30 % in soluzione fisiologica; si sterilizza per tindallizzazione a 70°, tenendo per tre giorni consecutivi, un'ora per volta la quantità iniettata di 5-10 cmc. al giorno, secondo l'età, il sesso, il grado di infezione; il miglioramento si inizia alla 2ª-3ª iniezione; si abbrevia il periodo di stato dell'infezione, non si verificano ricadute o recidive.

fil.

Le iniezioni di etere nella pertosse.

Si praticano per tre giorni consecutivi, poi a giorni alterni, nella dose da 1 a 2 cc. secondo l'età, nello spessore dei glutei, mai sottocutanea. Già poche iniezioni riducono talmente l'intensità e il numero degli accessi di pertosse, che, secondo Andrain, che si occupa da tempo dell'argomento, converrebbe dubitare della diagnosi quando non giovano, e pensare invece ad una adenoidite acuta, nella quale gli accessi di tosse sono molto frequenti e spesso accompagnati da lieve stridore.

(T. SCHÖNFELDER, in *Med. rec.*, dicembre 1922).

DORIA.

Una reazione per la ricerca dell'immunità o della sensibilità per la difterite.

Ci è indicata dal W. H. Kellog di Berleley (*La Presse médicale*, n. 74, 1922) e dovrebbe rimpiazzare la reazione di Schik.

In una cavia l'iniezione intradermica di 1/300° della dose mortale minima di tossina difterica, determina una netta reazione caratterizzata da rossore con un certo grado di indurimento in una zona misurante circa 15 mm. di diametro; la reazione raggiunge il massimo in 48 ore e scompare senza dar luogo a necrosi. La quantità minima di tossina capace di dar luogo a necrosi è di 1/40 della dose mortale minima.

Per l'applicazione pratica, si mescola una quantità determinata di tossina difterica con un volume eguale di siero di sangue del soggetto da esaminare; si mantiene il miscuglio per una mezz'ora alla temperatura dell'ambiente, quindi se ne iniettano cc. 0.2 nello spessore della pelle rasa di una cavia bianca. Si determina la reazione dopo 48-72 ore.

Nel laboratorio d'Igiene della California, ove tale reazione è stata applicata, le tossine utilizzate erano « standardizzate ».

Se la quantità di antitossina contenuta nel sangue è più grande, anche di 1/100° di unità, non si avrà la reazione. Se la quantità di antitossina nel siero è minore di 1/30 di unità per cc., si svilupperà una necrosi superficiale.

MONT.

MISCELLANEA.

Le forme di azoospermia.

C. Posner (*Berl. Klin. Wochens.*, 1922, n. 6) osserva che la azoospermia può dipendere o da mancata produzione degli spermatozoi o da ostacoli al deflusso. Nel primo caso l'azoospermia può essere congenita (per aplasia delle ghiandole sessuali, o per difetto congenito dell'abbozzo sessuale) ovvero acquisita, per abuso di alcool, per azione di raggi Röntgen, per strapazzi fisici o psichici, con disturbi della nutrizione generale.

Gli ostacoli al deflusso sono dati da epididimite gonorroica o da infiammazione di altri tratti delle vie spermatiche. L'A. però ha osservato un terzo gruppo di azoospermici, in individui in cui mancano *con certezza* pregresse malattie di organi sessuali, ed in cui gli organi genitali appaiono perfettamente normali: la puntura del testicolo rivela la presenza di zoospermi, la potenza sessuale non lascia nulla a desiderare. L'A. ritiene che si tratti di obliterazione congenita: nella diagnosi differenziale, occorre tener presente il

così detto aspermatismo, in cui l'ejaculato viene spinto in vescica: si ricorre quindi all'esame dell'urina.

L'incertezza della localizzazione anatomica dell'obliterazione rende vana la possibilità di un intervento chirurgico: per ottenere la fecondazione, si è tentato l'iniezione endovaginale od endouterina di materiale fresco ottenuto con la puntura del testicolo; i tentativi sono però rimasti senza risultati. *fil.*

La proteinoterapia nei tumori.

Dal 1902 al 1922 Gathy (*Le Scalpel*, 23 settembre 1922) trattò nove casi di tumori sarcomatosi inoperabili con iniezioni di piccole dosi refratte di siero antidifterico.

Tre malati guarirono e vivono ancora dopo 18 anni, 15 anni, 9 mesi dalla cura.

Due in corso di cura da 14 e 5 mesi vanno sempre migliorando.

Due, dopo molti mesi di guarigione apparente, recidivarono e morirono in seguito ad accidenti anafilattici.

In altri due si ebbero risultati negativi. Parimenti negativi furono i risultati del trattamento sieroterapico nei carcinomi.

Le osservazioni riferite, benchè insufficienti per mancanza di basi cliniche, anatomopatologiche ed istologiche, sono molto suggestive ed invitano a nuove ricerche in questo campo ancora poco esplorato.

PERSIA.

SEMEIOTICA.

Diagnosi differenziale del diabete per mezzo della tolleranza del glucosio.

Un'iperglicemia a digiuno, anche senza glicosuria, significa diabete, mentre una glicosuria senza iperglicemia può significare una aumentata permeabilità del filtro renale, un abbassamento cioè della soglia renale per lo zucchero. Non esiste una permeabilità normale tipo, bensì una permeabilità individuale, la cui soglia può stare tra gr. 0.45 e gr. 3.48 di zucchero per litro di sangue. Tale permeabilità varia con l'età e con le malattie. È aumentata nei casi di diabete non trattato (MacLeod).

La ricerca della tolleranza al glucosio è richiesta nei seguenti stati patologici:

glicosuria;
improvvisa obesità;
diabete;
iperglicemia;
glicemia a digiuno sopra gr. 1.25-1.35 p. litro nei membri di famiglie diabetiche.

Tecnica. — La mattina, a digiuno, si fa vuotare la vescica e si prelevano circa 20 cc. di sangue, da servire per tutti gli esami chimici e sierologici. Si dànno quindi 100 gr. di glucosio anidro, in 250 o 350 g. di acqua, eventualmente con succo di limone. Dopo mezz'ora, una, due, tre, e quattro ore, si prelevano ogni volta 6-8 cc. di sangue. Ogni ora si raccoglie l'urina, e si dànno 200 cc. di acqua fresca da bere.

Su ogni campione di sangue si determina lo zucchero totale, lo zucchero del plasma, quello dei corpuscoli, e il volume dei corpuscoli.

Su ogni campione d'urine si determina il volume, il peso specifico, la quantità di zucchero.

Il volume dei corpuscoli si determina sul sangue ossalato, centrifugando a 3000 giri al minuto per dieci minuti.

Tali ricerche hanno speciale importanza per le compagnie di assicurazione.

(H. JOHN. *Journal A. M. A.*, 7 ottobre 1922).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Inalazioni a secco. All'abb. n. 6407:

Le cosiddette inalazioni a secco si fanno entro speciali camere ove giungono, con una speciale tecnica, vapori di sostanze medicamentose o di acque medicinali. In genere esistono, per tali cure, istituti appositamente attrezzati. Non sapremmo darle indicazioni di apparecchi speciali. *g. sab.*

Vaccini contro la febbre da fieno. All'abb. n. 3238:

Vaccini contro la febbre da fieno e le sue manifestazioni vasomotorie, fra cui la rinite, cui Ella accenna, sono largamente preparati e usati in America. Anche qualche casa inglese e francese prepara simili vaccini. Ma per poterli richiedere occorre aver prima eseguito le cutireazioni specifiche, per vedere verso quale polline esiste la sensibilizzazione.

In tesi generale altrimenti si può ricorrere alla desensibilizzazione aspecifica proteinica o peptonica. *g. sab.*

Periodici di tecnica di laboratorio. Al dott. P. Castelleti, Ragusa Ibla:

In Italia, oltre agli «Annali d'Igiene», si pubblicano: «L'Igiene Moderna» (Genova, via G. Bertani, 5), «Biochimica e Terapia sperimentale» (Milano, Periodica Lombarda).

L. P.

All'abb. n. 5394 di Milwauree:

Consigliamo: Jones Llewellyn and Basset Jones: *Fibrositis.* Questo volume è stato pubblicato dalla Casa Editrice Heinemann di Londra. *dr.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

I mutui per gli acquedotti.

È stata considerata la opportunità di trasferire dal Ministero dell'Interno a quello dei Lavori Pubblici il servizio inerente alla concessione dei mutui per gli acquedotti.

Non si tratta di una proposta di soppressione o di riduzione di organi inutili o ingombranti; cioè non si tende a realizzare una economia o una semplificazione di attività, perchè il servizio è *necessario* e il personale che vi attende è numericamente limitato e tecnicamente specializzato.

Ma, al fine della migliore sistemazione e della più conveniente organizzazione dei servizi tecnici ed amministrativi, si deve esaminare se sia preferibile che vi provveda il Ministero dell'Interno o quello dei Lavori pubblici.

Da un punto di vista astratto è logicamente possibile l'una o l'altra sistemazione, trattandosi di una funzione che si riconnette ad attribuzioni e fini più generali che appartengono all'uno o all'altro Ministero, a seconda che si considerino il contenuto e il fine igienico sanitario — che a noi sembrano prevalenti — o che si dia risalto agli elementi che riconducono gli acquedotti nel vasto sistema dei lavori pubblici.

Ma noi crediamo che il quesito debba essere esaminato da altro punto di vista, con criteri pratici.

Se un organo funziona bene, se il servizio corrisponde alle finalità ed ai bisogni ai quali è preordinato, perchè innovare?

La riforma e, sia pure, il trasferimento ad altro Ministero sarebbero giustificati e necessari se risultasse che per onere di spesa, per lentezza di funzionamento, per minore rendimento l'organo non funziona o potrebbe funzionare meglio se, per es., fosse collegato ad altro sistema.

Ma è noto ad igienisti e ad amministratori che sin dalla prima applicazione della legge per gli acquedotti e per altre opere igieniche, il Ministero dell'Interno ha provveduto a tutte le richieste dei Comuni con larghezza di criteri, con la sollecitudine che è compatibile col sistema dei controlli amministrativi, con sicura competenza tecnica e, uniformandosi nell'azione pratica al contenuto prevalentemente igienico dell'opera, ha concorso a realizzare nel nostro Paese un complesso di opere utili e talvolta mirabili, che sono condizione e presupposto di redenzione sanitaria e di civiltà.

Il Governo ha tutti gli elementi per ben giudicare; ma noi crediamo non inutile segnalare le nostre conoscenze, le quali sono limitate in rapporto alla concreta organizzazione attuale del servizio, ma sono sicuro circa i risultati pratici conseguiti sinora per l'applicazione delle norme concernenti gli acquedotti e le altre opere igieniche.

Diploma straniero per l'esercizio della odontoiatria in Italia?

È stato annunciato che presso il Ministero della Pubblica Istruzione sono in corso di studio eventuali disposizioni per consentire ad italiani che conseguano un diploma dentistico all'estero di esercitare la loro professione in Italia, anche se non siano muniti del diploma di laurea in medicina e chirurgia.

È da ritenere che questa notizia sia inesatta e che si tratti se mai di semplici proposte o argomenti di studio segnalati da interessati all'attenzione del Ministro. Il quale ne avrà certamente veduto subito l'assurdo e la inopportunità, anche dal punto di vista della dignità e della serietà degli studi in Italia.

Non si tratta di giudicare se all'esercizio della odontoiatria sia indispensabile il diploma di laurea in medicina e chirurgia — questione già risoluta in Italia dalla legge positiva — o se sia conveniente uno speciale ordinamento di studi che abiliti all'esercizio della odontoiatria; ma si dovrebbe costituire una posizione singolare agli italiani che vogliano e possano recarsi all'estero per istruirsi in un determinato ramo di conoscenze e di esercizio pratico, con pregiudizio di coloro che compiono i loro studi in Italia e che, per identica attività professionale, devono conseguire la laurea in medicina e chirurgia.

E, d'altra parte, un qualsiasi diploma straniero sarebbe praticamente equiparato al diploma di laurea in Italia.

La serietà e la dignità dei nostri ordinamenti e dei nostri studi merita maggiore considerazione: quanta almeno è ormai acquisita anche al nostro diritto positivo per effetto del principio informatore della legge 10 luglio 1910, n. 455 (art. 2 e 11).

QUESTIONI PRATICHE.

I. — La efficacia del titolo di "preferenza" per invalidità di guerra e per servizio militare, nei concorsi.

L'art. 3 del R. D. 18 settembre 1919, n. 1925 dispone così: « Nella *graduatoria* dei concorsi per gli impieghi degli enti locali, a parità di merito, avranno *titolo di preferenza* nel seguente ordine: 1° gli invalidi di guerra; 2° gli

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

orfani di guerra e i figli degli inabili al lavoro in seguito a lesioni o infermità incontrate per servizio in guerra; 3° i decorati con medaglia d'argento; 4° coloro che per maggior tempo abbiano prestato lodevole servizio militare come combattenti in zona di guerra... ».

Le aspettative degli interessati furono maggiori di quelle che il testo della disposizione consentisse forse perchè una considerazione di ordine altamente morale le giustificava. Ma il contrasto delle posizioni nei concorsi rese necessaria una applicazione rigorosa della norma giuridica e, specialmente, diede ragione a questo quesito: se e sino a qual punto il titolo di preferenza per i benemeriti della guerra escluda o limiti il *potere di scelta* dell'organo deliberante.

Ma la disposizione dell'art. 3 è chiara: il titolo di preferenza è efficace, a parità di altre condizioni, *nelle graduatorie dei concorsi*, è limitata cioè agli effetti della formazione dell'ordine di merito fra i concorrenti e, praticamente, ha importanza nei casi in cui l'organo deliberante ha l'obbligo di seguire l'ordine della graduatoria e ne è perciò vincolato. In questo caso il titolo di preferenza, efficace in sede di graduatoria, si risolve indirettamente in un titolo di preferenza per la nomina.

« Ma — osserva la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 15 dicembre 1922, n. 599, Zara Buda c. Comune di Grammichele — nei casi in cui la graduatoria non ha « una efficacia vincolatrice assoluta, e l'ente « locale ha una certa libertà di scelta entro i « limiti della graduatoria stessa, questo diritto di scelta non è e non può essere menomato perchè, data la espressione di cui la « legge si è servita, sarebbe un aggiungere « alla legge se il titolo di preferenza nella « graduatoria si volesse trasformare in via assoluta in un titolo di preferenza alla nomina. Si è detto — soggiunge il Consiglio di « Stato — che con siffatta interpretazione si « frustra lo scopo della legge, la quale non « poteva limitarsi a dare agli ex combattenti « una semplice speranza, ma volle dare qualche cosa di concreto. Ora la volontà della « legge risulta dal testo è questo è ben chiaro. « Ad ogni modo la opposta difficoltà non ha « fondamento, anzitutto perchè nei casi in cui « la graduatoria ha efficacia di designazione « obbligatoria per gli enti locali il diritto di « preferenza nella graduatoria si traduce in « diritto di preferenza nella nomina, secondariamente perchè negli altri casi *la preferenza in graduatoria se non conferisce un titolo « giuridico, è però un titolo morale che dà « una maggiore probabilità per la nomina « stessa* ».

La IV Sezione ha veduto tutta la delicatezza della questione « che si connette da un lato col debito sacro che la Patria ha verso coloro che combatterono nella nostra grande guerra e dall'altro con l'autonomia e la libertà di scelta degli enti locali nella nomina degli enti locali »; ma ha dovuto attenersi al testo della legge.

Sicchè, nei concorsi per le condotte mediche, il titolo di preferenza non ha praticamente alcun valore, perchè il Comune ha facoltà di scelta fra gli idonei.

Nei concorsi per la nomina dell'ufficiale sanitario, invece, può avere efficacia pratica. Infatti, per la disposizione dell'art. 79 del reg. san. 12 luglio 1906 « i concorrenti giudicati « idonei *sono classificati per ordine di punti;* « a parità di punti *sarà dichiarato vincitore « del concorso* chi avrà reso maggiori servizi « all'amministrazione del Comune... o a quella dello Stato; in mancanza di titoli speciali « avrà la preferenza il più anziano di età ».

A questi titoli di preferenza prevale quello stabilito dal R. D. 18 settembre 1918; quindi, a parità di merito (cioè di punti, come dice l'art. 79) è preferito chi ha titolo di preferenza a norma dell'art. 3 già ricordato.

II. — Il ricorso contro le deliberazioni della G. P. A. in sede di tutela.

Le deliberazioni della Giunta Provinciale Amministrativa in sede di tutela non sono impugnabili con ricorso alle Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato; ma, chiunque vi abbia interesse, può ricorrere al Governo del Re in sede gerarchica.

Questa norma ovvia è stata confermata con decisione 5 marzo 1922, n. 207 della IV Sezione del Consiglio di Stato, e recentemente con altra decisione su ricorso del Comune di Civitella d'Agliano contro dottor Mazzano e G. P. A. di Roma. In quest'ultimo caso si trattava di una deliberazione della G. P. A. che, sostituendosi al Comune, approvò d'ufficio il nuovo capitolato per la condotta medico-chirurgica.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14, Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza sui prodotti arseno-benzolici.

Come fu già reso noto, col 1° gennaio scorso sono entrate in vigore le disposizioni che hanno compreso gli arseno-benzolici fra i prodotti affini ai vaccini, virus, sieri curativi e tossine.

Pertanto in esecuzione di tali disposizioni il Ministero dell'Interno ha finora autorizzato la produzione a scopo di vendita delle seguenti sostanze:

Neoiacol (Istituto sieroterapico milanese); Novarsan (Società anonima Zambelletti, Milano); Arsenobenzolo Billon, Novarsenobenzolo Billon Esparseno (Istituto nazionale di chemioterapia, Milano); Neo I. C. I., Neobiolo I. C. I., Neoargirol I. C. I., Nearsolo I. C. I., Neochinolo I. C. I. (Istituto chemioterapico italiano, Firenze).

Inoltre è stata autorizzata l'introduzione a scopo di vendita delle seguenti sostanze:

Salvarsan, Salvarsan Sodico, Neosalvarsán, Silbersalvarsan, Neosilbersalvarsan, Arsacetina (Farbwerk vorm. Meister Lucius & Bruning, Hoechst a. Main); Metarsenobenzolo Saca (Société Anonyme de Chemie appl., Paris); Sulfarsenol (Laboratorio Pluchon, Paris); Novarsenobenzolo Gluco Suppo (Robert et Carrière, Paris); Flero (Istituto sieroterapico e vaccinogeno, Berna).

Coll'occasione il Ministero ha impartito le opportune disposizioni perchè sia esercitata la vigilanza prescritta, anche al fine di impedire che siano posti in vendita prodotti arseno-benzolici non provenienti da Istituti debitamente autorizzati.

MEDICINA SOCIALE.

Difesa contro il carbonchio industriale.

Dal 5 al 14 dicembre, si è riunita a Londra la Commissione consultiva che la III Conferenza internazionale del Lavoro (Ginevra 1921) aveva proposto di convocare per affidarle lo studio più approfondito del problema del carbonchio industriale, sopratutto nell'industria laniera.

La Commissione, che doveva comprendere i periti dei paesi importatori ed esportatori di lane, risultò composta come segue: Inghilterra: sir W. Middlebrook, presidente della Commissione di inchiesta sul carbonchio nell'industria laniera in Inghilterra; Australia: prof. Oliver; Belgio: dott. Gilbert; Francia: M. Boulin; Italia: dott. Loriga; Germania: dott. Frey; Africa del Sud: dott. Dixon; India: M. Hutchinson; Giappone: dott. Konai; Spagna: prof. Roca (assente); Svezia: M. Ribbing; assisteva per gli Stati Uniti, il dott. Dorset.

Il compito assegnato alla Commissione era il seguente: studiare, sotto tutti gli aspetti, il problema della disinfezione delle lane e dei crini sospettati infetti da spore carbonchiose; indagare i mezzi più efficaci e più pratici per prevenire il carbonchio negli animali; presentare in tempo utile al Consiglio di Amministrazione dell'Ufficio internazionale del Lavoro un rapporto speciale per decidere sulla opportunità o meno di porre la detta questione all'ordine del giorno della prossima Conferenza internazionale; studiare la possibilità di limitare il pericolo del carbonchio nell'industria delle pelli e degli altri prodotti derivanti da animali sospetti.

L'Ufficio di igiene dell'Ufficio internazionale del Lavoro aveva messo a disposizione della Commissione un rapporto documentato coi dati relativi a 27 Nazioni (censimento bestiame, casi di carbonchio umano, animale; legislazione, ecc.), con una esposizione assai completa dei metodi proposti per la disinfezione delle lane, pelli, crini, ecc., e dei metodi per la lotta contro il carbonchio animale. Il Presidente, sir Middlebrook, aveva pure distribuito un opuscolo sulla questione del carbonchio industriale come era stata studiata e risolta in Inghilterra.

La lunga e vivace discussione ha portato alla approvazione dei seguenti punti della questione:

disinfezione obbligatoria, in tutti i casi, dei crini impiegati nella fabbricazione delle spazzole e nell'imbottitura;

disinfezione obbligatoria per le lane e gli altri peli destinati all'industria tessile, fatta eccezione nei seguenti casi:

se il paese di origine è incluso nella lista dei paesi a rischio limitato (pel carbonchio); se il materiale importato è disinfettato prima della spedizione con un metodo riconosciuto efficace; se le lane ed i peli lunghi devono essere cerniti prima del lavaggio, a meno che dette materie prime non figurino sulla lista dei prodotti non sospetti: in tutti i casi da determinarsi dalla competente Commissione prevista più oltre.

Su domanda di alcuni membri della Commissione, i periti venuti a deporre, hanno concordemente ammesso che della totalità delle lane importate in Inghilterra, la quantità di quelle che non si debbono cernire è estremamente ridotta: che è pressochè sempre questa ultima categoria di materie prime quella che espone gli operai al carbonchio e che infine se la cernita è, dopo il lavaggio delle lane, tecnicamente possibile, sarebbe però un pessimo affare commerciale applicarla sulla lana lavata.

La lista dei paesi a rischio limitato sarà tenuta a giorno ogni anno dalla Commissione consultiva di igiene del lavoro dell'Ufficio internazionale del Lavoro. Analogamente i metodi industriali di disinfezione dovranno essere approvati dal Consiglio di Amministrazione di detto Ufficio, su parere conforme della sua Commissione consultiva di igiene e, nel caso, su raccomandazione del Comitato di Igiene della Società delle Nazioni.

Limitando questo resoconto ai punti più importanti, è opportuno ricordare ancora che i crite-

ri stabiliti per la redazione della lista sopra indicata sono i seguenti:

pei paesi di importazione: le materie prime di provenienza nota che non vi abbiano causato casi di carbonchio oppure accertamento con un esame batteriologico dell'assenza di spore carbonchiose;

pei paesi di origine: inesistenza di casi di carbonchio animale o applicazione di misure severe per limitare e vincere i focolai di infezione; misure per impedire che materie prime infette sieno mescolate con quelle sane messe in commercio.

La Commissione ha ritenuto che le migliori misure per prevenire il carbonchio animale possono essere sintetizzate nelle seguenti:

denuncia obbligatoria e controllo ufficiale dei casi di carbonchio; isolamento degli animali malati o sospettati colpiti da carbonchio; distruzione dell'intera carogna animale, anche se sospetta a disinfezione del locale dove l'animale è morto o vi fu rinchiuso: vaccinazione anticarbonchiosa degli animali.

Su questa parte del suo programma la Commissione ha concluso che l'Ufficio internazionale del Lavoro dovrebbe approfondire lo studio, d'accordo coll'Istituto internazionale di Agricoltura, ed arrivare a conclusioni pratiche d'ordine internazionale.

Premesso che nella maggior parte dei paesi il pericolo del carbonchio è sopratutto grave nell'industria e nel maneggio delle pelli, e riconosciuta l'impossibilità di disporre oggidì di un buon sistema industriale per la disinfezione delle pelli, la Commissione raccomanda: in primo luogo che si promulghino nei diversi paesi delle misure atte a proteggere gli operai e il suolo dalla infezione carbonchiosa causata dalle pelli infette; in secondo luogo che l'Ufficio internazionale del Lavoro, d'accordo col Comitato di Igiene della Società delle Nazioni, predisponga una inchiesta internazionale sul problema della prevenzione del carbonchio nell'industria delle pelli e infine che le Nazioni e le organizzazioni interessate organizzino ciascuna delle ricerche analoghe nei propri paesi.

Siccome è evidente che tutte le nazioni interessate beneficeranno della scoperta di un buon processo industriale di disinfezione delle pelli, la Commissione ritiene desiderabile che il Consiglio di amministrazione prenda in considerazione la possibilità di trovare i mezzi finanziari per venire in aiuto alle ricerche.

Infine per quanto riguarda gli zoccoli, le corna e le ossa, la Commissione ritiene che la disinfezione degli zoccoli e delle corna è indispensabile; misura tanto più facile ad applicare in quanto generalmente questi prodotti sono già sottoposti all'ebollizione prima delle altre operazioni industriali. Per le ossa, il pericolo è in generale meno frequente; però le operazioni subite dalle ossa mal si prestano ad una disinfezione preliminare. In dati casi, la prima fase delle lavorazioni può considerarsi sufficiente per la disinfezione; quando le ossa non sono che macinate, si dovranno emanare delle misure di protezione per gli operai, analoghe a quelle previste per l'industria delle pelli.

Il rapporto finale venne redatto dal dott. Gilbert (Belgio) e dal sig. Ribbing (Svezia) ed approvato all'unanimità salvo un voto (astensione) e due voti riservati su un punto e precisamente quello riguardante le lane.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 5 del 1923):

(Piombino):

Dottori: Bardi, Benassi, Bonanno, Buonoconto, Cerri, Iermini, Maberini, Nardi, Papanti, Rombai, Sanazzarri, Zannellini	L. 155 —

(Roma):

Magg. Med. Palliccia	» 30 —
Magg. Med. Mosso	» 100 —
Cap. Med. Ghiron	» 70 —
Ten. Col. Med. Procaccini	» 120 —
Magg. Med. Fontana	» 100 —
Col. Med. Belli	» 130 —
Col. Med. Sestini	» 130 —
Ten. Col. Med. Roselli	» 110 —
Ten. Col. Med. Migliore	» 110 —
Ten. Col. Med. Falso	» 110 —
Ten. Col. Med. Tanturri	» 110 —
Ten.Col. Med. Quattrocchi	» 110 —
Magg. Med. Taliercio	» 90 —
1° Cap. Med. Galeone	» 70 —
Ten. Col. Med. Petrucciano	» 110 —
Magg. Med. Gargiulo	» 90 —
Magg. Med. Molisani	» 90 —
Magg. Med. Gelonesi	» 90 —
Magg. Med. Caturani	» 90 —
1° Cap. Med. Sodano	» 70 —
1° Cap. Med. Rallo	» 70 —
1° Cap. Med. Tramontano	» 70 —
1° Cap. Med. Tortora	» 70 —
Cap. Med. Tagliaferri	» 70 —
1° Cap. Med. Zucchi	» 50 —
1° Cap. Med. Maiorca	» 70 —
Cap. Med. Cincinnati	» 70 —

(Ordine dei Medici):

Ordine dei Medici di Como	» 500 —
Ordine dei Medici di Milano	» 500 —
Ordine dei Medici di Roma	» 500 —
Associazione Medici Condotti di Livorno	» 200 —
Ordine dei Medici di Caltanissetta	» 200 —
Ordine dei Medici di Cremona	» 100 —
Associazione Medica Tridentina-Valsugana Tesina	» 100 —
Ordine dei Medici di Grosseto	» 100 —

(Tripoli):

Ten. Med. Pattadiua	» 88 —
Ten. Med. Palmieri	» 88 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congregazione di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 lorde; diritto alla percezione di compensi per operazioni chirurgiche ai paganti in proprio. Docum. alla Segreteria non oltre il 10 febbraio. Età massima 46 al 22 dicembre. Biennio in clinica universitaria od ospedale. Prova biennale; serv. entro 15 giorni.

CAMPOLONGO MAG. (*Venezia*). — Scad. 10 feb., 1° rep., L. 6000, aumento provvis. L. 1800, due c.-v., sette aum. period., L. 3400 cav. (revidibile).

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — L. 7000 ed un c.-v., L. 300 quale uff. san. Proroga 28 feb. Serv. entro 15 g. Acqua, luce elettr., 27 km. da Roma con 4 corse giornaliere andata e 4 ritorno.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 10 feb., due reparti; ab. 4000 e 4450, di cui 1000 per rep. a cura grat.; L. 6000 e addiz. di L. 2; due c.-v. Per altri assegni chiedere annunzio.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; per Saturnia-Poggio-Capanne; ab. 1500; L. 9000 oltre lire 1000 indenn. resid., 10 trienni ventesimo, L. 2500 cav., due c.-v.

MARINO (*Roma*). — Per 30 giorni dall'11 gen., condotta chirurgica cui è annessa la direzione dell'Ospedale; L. 10.000; addizion. L. 1.50 oltre 2000 (*sic*) pov.; doppio c.-v. Servizio biennale effettivo in cliniche chirurgiche o reparti chirurgici ospedalieri. Preferenza a chi è pratico in radiologia.

MIGLIARINA (*Catanzaro*). — L. 8000 oltre L. 600 uff. san.; L. 10 per ogni fam. pov. in più delle 300. Scadenza 25 febbraio.

MIRA (*Venezia*). — L. 6000 e 3 quinq. decimo, oltre L. 1800 indenn. trasporto, L. 800 indennità malaria; in studio miglioramenti economici. Scad. ore 17 del 15 febbr Esercizio biennale. L. 5 ogni famiglia sopra le 500 (*sic*). Ab. 3660 in 675 fam., di cui 320 circa povere. Serv. entro 8 giorni (*sic*) dalla comunic. di nomina.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Al 15 feb., per Valiano; L. 6500 per 500 pov.; L. 150 ogni 100 pov. in più o frazione; due c.-v.; 8 trienni ventes. Età limite 30 (*sic*). Residenza entro 15 giorni dalla partecipazione.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

PONTREMOLI (*Massa-Carrara*). — *Ospedale Civile.* Direttore e chirurgo; 100 letti, camere a pagam., gabinetto di radiol., chim.-microsc., bagni di luce, ecc.; L. 15,000 e proventi di tassa operatoria, di gabinetti, cure speciali, ecc. Scad. 15 febbraio. Servizio entro 20 g. Per informaz. e schiarim. rivolgersi alla Congreg. di Carità.

S. AGATA FELTRIA (*Pesaro*). — Scad. 10 feb.; II reparto; L. 7000 e doppio c.-v. per 500 pov., addizion. L. 3; quattro assegni dec.; L. 1000 disag. resid.; L. 3000 per cav. obbligatoria

S. NICOLA LA STRADA (*Caserta*). — Medico dell'Orfanotrofio di S. Maria delle Grazie. Stip. lire 1200 (?!) gravato delle ritenute di legge.

SERRAUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 10 feb. Per 1000 pov. circa; L. 6500 e 5 quinquenni decimo, doppio c.-v.; L. 500 indenn. resid., L. 300 arm. farm. e quale uff. san. (*sic*), L. 3000 cav., L. 2 ogni povero oltre i 500

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; L. 13,000 oltre c.-v. di L. 100 mensili se ammogliato, di lire 65 se celibi. Informaz. e schiarim. dal Sindaco.

TRAREGO (*Novara*). — Scad. 10 febbraio. Consorzio Trarego-Viggiona; abitanti 912; poveri 50. Lire 4000 lorde; assegno complementare L. 2200; uff. san. L. 500; indenn. alloggio L. 500; indenn. c.-v. L. 1200. Assunzione servizio entro 15 giorni.

Assistente tecnica, diplomata istologia, batteriologia, radiografia, analisi clinica, ecc., tre lingue, cerca posto istituto medico, ospedale, laboratorio. Scrivere: Grabert, Villa Parsival - Merano (Obermais).

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: S. Germano di Berici (Vicenza), Trarego-Viggiona (Novara).

Revoca di diffide: Forlì Campagna.

CONCORSI A PREMIO.

Premio T. De Amicis.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia bandisce un concorso al «Premio Tommaso De Amicis». Il premio, di L. 2000, non divisibile, sarà assegnato all'autore del migliore lavoro sopra un argomento di stretta attinenza alle discipline dermosifilografiche. I concorrenti dovranno essere di nazionalità italiana. Le memorie presentate al concorso non potranno essere scritte a mano, ma dovranno essere copiate a macchina o stampate: sempre inedite. Saranno inviati, con le formalità solite, in piego postale raccomandato, al segretario della Società, dott. prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69, Roma (20) entro il 30 settembre 1923. Per ogni ulteriore schiarimento rivolgersi al segretario della Società.

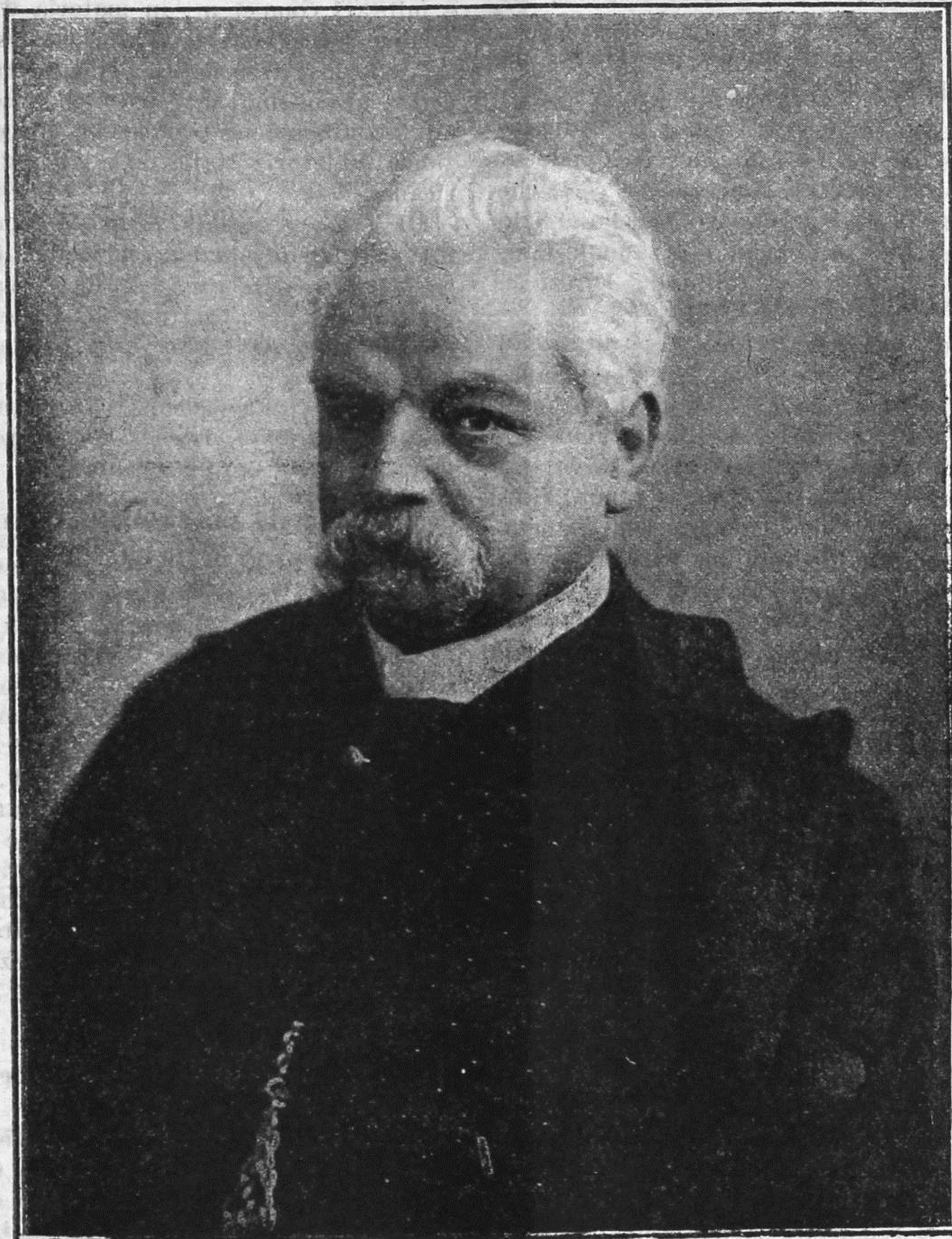
NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ TEDESCHE.

Il prof. Ludwig Fränkel è stato chiamato a succedere nella cattedra di ostetricia e ginecologia e nella direzione della Clinica al prof. O. Küstner nell'Università di Friburgo (i. Br.).

Alla cattedra d'igiene dell'Università di Friburgo i. B., resa vacante dalla chiamata a Berlino del prof. M. Hahn, è stato invitato il prof. Paul Uhlenhuth, attualmente direttore dell'Istituto per la Terapia sperimentale Emil v. Behring a Marburgo e professore onorario in quella Università.

Al prof. Oskar Gross, dell'Università di Greifswald, è stata affidata una cattedra di policlinica medica.



Guido Baccelli

Volsero tempi fortunosi dal 1916, quando chiuse la sua vita Guido Baccelli, fino a ieri.

Roma e la Società di medicina interna *stabilirono che questa grande figura di cittadino e di clinico si dovesse eternare nella memoria degli Italiani in riconoscimento del bene che oprò per il decoro della Città, per la patria coltura, per il bene sociale.*

Oggi che finalmente ritornano alla giusta considerazione i valori spirituali, il Comitato per le onoranze a Guido Baccelli reputa opportuno di ripubblicare le opere *e di* riprodurre indelebilmente la effigie *di chi, rievocando la romanità, presenti e preparò la grande Italia.*

All'opera del Comitato di gran cuore si associa il « Policlinico », *che Lo ebbe a fondatore e per lunghi anni felice inspiratore. E noi siamo, come spesso è avvenuto, sicuri di interpretare il sentimento dei medici d'Italia, ritenendo che tutti vorranno contribuire a rendere omaggio a Guido Baccelli, che fu di tutti maestro e guida nel sapere e nell'esercizio professionale. in Lui onoreranno il più autentico e decoroso rappresentante della famiglia medica italiana.*

Le opere saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e sottoscrivono almeno 25 lire avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

NOTIZIE DIVERSE.

Presso l'Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

A norma dello Statuto, si è riunita il 30 dicembre 1922, alla sede dell'Istituto, in via Condotti, n. 33, Roma (8), l'assemblea generale dei soci, che ha approvato il bilancio preventivo per l'esercizio 1923 ed ha nominato il Consiglio di amministrazione, plaudendo all'opera svolta dalla Direzione dell'Istituto.

Il Consiglio di amministrazione è risultato ad unanimi voti così composto: sen. Giuseppe Sanarelli, sen. Ettore Marchiafava, donna Enrichetta Chiaraviglio Giolitti, comm. Foscolo Bargoni, colonnello prof. Cesare Baduel, comm. Gustavo Ragnoli, comm. Ettore Levi Della Vida, comm. Giuseppe Sahadun, on. Raffaele Paolucci, sig. Edmondo Rossoni, ed inoltre: l'on. Gino Olivetti, per la Confederazione generale dell'Industria; il comm. Antonino Bartoli, per la Confederazione dell'Agricoltura; il comm. Giannitelli, per la Confederazione Italiana dei Lavoratori; l'on. Ludovico D'Aragona, per la Confederazione generale del Lavoro.

L'11 gennaio, alle ore 17, il Consiglio suddetto si è riunito nella Sede dell'Istituto (via Condotti, n. 33), ed è passato alla nomina delle cariche, eleggendo presidente l'on. sen. Giuseppe Sanarelli e vice-presidenti l'on. Gino Olivetti ed il comm. Foscolo Bargoni. Questa prima adunanza fu onorata dalla presenza di S. E. Giovanni Gronchi, sotto segretario di Stato all'Industria e Commercio, che tenne la Presidenza nella prima parte della seduta.

Tutti i componenti il Consiglio presero atto con soddisfacimento delle pratiche svolte finora con successo per ottenere l'adesione dell'attuale Governo, che per opera di S. E. Acerbo ha dato alla Direzione dell'Istituto le più cordiali prove di simpatia.

Fu approvato il rendiconto dell'esercizio 1922 ed il bilancio preventivo per il 1923. Il complesso ordine del giorno fu integralmente svolto, e tutte le proposte della Direzione furono ad unanimi voti approvate.

II Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Come abbiamo già annunziato, dal 28 maggio al 2 giugno 1923 — sotto l'alto patronato di S. M. il Re d'Italia — si terrà in Roma il II Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Si è iniziata l'opera di organizzazione preliminare e già sono stati designati i relatori dei seguenti temi stabiliti dal Comitato internazionale.

I Tema. — Servizio di sgombero: 1) Principii generali sul servizio di sgombero presso gli eserciti in campagna; 2) Organizzazione degli sgomberi, tenendo conto delle esistenze irriducibili delle necessità terapeutiche; 3) Adattamento della terapeutica medica e chirurgica nelle diverse condizioni risultanti dalla necessità di procedere allo sgombero. Relatori: Italia e Francia.

II Tema. — Collaborazione delle autorità civili e militari competenti in materia d'igiene, di educazione fisica e di profilassi (statistica demografica delle malattie sociali: tubercolosi, malattie veneree, alcoolismo, tare psichiche, ricerca dei sintomi iniziali, azione profilattica concertata, vaccinazioni). Relatori: Italia e Collaborazione anglo-americana.

III Tema. — Studio critico dei processi di disinfezione e disinfestazione in tempo di pace e in tempo di guerra. Relatori: Italia, Spagna e Svizzera.

IV Tema. — Trattamento delle ferite toraco-polmonari e dei loro esiti. Relatori: Italia e Spagna.

V Tema — Farmaceutica. Laboratori di chimica presso le Armate. Loro scopo. Loro metodi. Relatori: Italia e Ceco-Slovacchia.

Corso accelerato sulle malattie tubercolari.

Nell'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi che ha sede in Genova presso la Clinica Medica della R. Università diretta dal prof. sen. E. Maragliano, si terrà dal 19 febbraio al 24 marzo un Corso accelerato sulla Patologia e Clinica della Tubercolosi. Questo corso comprende: lezioni ed esercitazioni nella Clinica Medica, nella Clinica Chirurgica e nelle cliniche speciali, conferenze dimostrative. I medici italiani e stranieri vi sono liberamente ammessi. L'iscrizione è gratuita. I medici stranieri che dopo il corso vorranno continuare a seguire le esercitazioni cliniche nella Clinica del prof. Maragliano vi saranno accettati.

Indirizzare le domande alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, via Balilla, 5 - Genova.

Corso di preparazione per la carriera di Medico di Bordo.

Il 1° marzo v., nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova, avrà principio un Corso di preparazione per la carriera di Medico di Bordo, autorizzato dal Ministero della P. I., in seguito a parere espresso dal Consiglio Superiore nella tornata del 4 ottobre 1922. Esso avrà la durata di quattro mesi e sarà diviso in due parti, delle quali una si svolgerà in quella sede universitaria e l'altra in Venezia, per la necessaria pratica in un porto. Non è esclusa la possibilità che, nell'ultimo mese, una parte si svolga sopra navi in navigazione. Per l'ammissione occorre: domanda (in carta bollata) al Rettore; diploma o certificato di laurea in medicina e chirurgia; versare nella cassa dell'Economato dell'Università L. 400 per la tassa di iscrizione e L. 65.80 per sovratassa d'esame, ecc.

A chi avrà frequentato regolarmente il Corso verrà rilasciato apposito certificato.

Gli aspiranti che non abbiano percorso gli studi nell'Università di Padova dovranno presentare fede di nascita legalizzata.

Corso per gli aspiranti ufficiali sanitari.

A partire dal 20 maggio nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova si terrà il corso bimestrale di perfezionamento in Igiene per laureati in medi-

cina e chirurgia, in chimica pura, in chimica e farmacia, in scienze naturali, in scienze agrarie, in veterinaria, e per i diplomati in farmacia. Domanda al Rettore. Tassa di L. 300.30; oltre L. 95.10 per sopratasse, ecc.

Corso di perfezionamento in Oftalmologia

Il prof. F. De Lapersonne, assistito dai dottori Terrien A., Hautant, Prelat, Mombrun, Cousin, inizierà il 3 maggio nella Clinica oftalmologica dell'Hôtel-Dieu di Parigi, un corso di perfezionamento con esami clinici, lavori pratici di medicina operatoria e manipolazioni di laboratorio; esso durerà fino a tutto giugno. Un certificato speciale della Facoltà di Medicina di Parigi verrà rilasciato alla fine del corso.

I medici e gli studenti francesi e stranieri che desiderano seguire il corso dovranno iscriversi presso la Segreteria della Facoltà di Medicina. La tassa è stabilita in 150 fr.

Corso di perfezionamento in Clinica Pediatrica.

Per un grave lutto che ha colpito il prof. Jemma, il corso di perfezionamento in Clinica Pediatrica presso la R. Università di Napoli, che doveva iniziarsi il 14 di gennaio, avrà principio invece il 15 febbraio e durerà sino a tutto marzo.

Ricordiamo che la quota di iscrizione da versare all'Economo della R. Università, è di L. 250 più L. 50 per tassa di esame e di diploma. Le domande, in carta da bollo di L. 1 e accompagnate dalla quietanza del versamento, vanno dirette al Direttore della Clinica, prof. Rocco Jemma, S. Andrea delle Dame, 21, Napoli, entro il 14 febbraio.

Opera di soccorso italiano in Asia Minore.

Nella recente, grande sciagura che ha colpito Smirne ed altri centri dell'Asia Minore, l'Italia ha dato un magnifico esempio di solidarietà, a sollievo della popolazione e a salvamento dei profughi.

Accanto ai soccorsi del Governo, la Croce Rossa Italiana ha continuato le sue nobili tradizioni di filantropia.

Nel Giorn. uff. C. R. I. (anno VII, fasc. 5) è data una breve relazione dell'opera prestata.

Nel centro del quartiere italiano di Smirne fu impiantato l'ospedale di Tappa N. 75 (al comando del cap. med. dott. E. Basso) da 200 letti, al completo di materiale e di viveri, con una speciale sopradotazione di medicinali e disinfettanti. Si istituirono anche i servizi accessori, che gradatamente vennero completati; al servizio di assistenza, disimpegnato dall'ospedale per sè stesso e dall'ambulatorio, vennero aggiunti due speciali reparti (in locali coperti nelle vicinanze immediate dell'ospedale) per le partorienti e per i bambini malati, ed un dispensario per la distribuzione di medicinali e disinfettanti alla popolazione.

Da parte delle Autorità Turche fu richiesto più volte il concorso professionale dei nostri medici sia all'ambulatorio, sia all'ospedale, sia direttamente.

Un busto al prof. Paladino.

Il 25 gennaio ebbe luogo a Napoli, nel recinto degli uomini illustri al cimitero lo scoprimento di un busto al compianto sen. prof. Paladino. Alla cerimonia intervenne il sindaco, il Rettore dell'Università, il Corpo accademico, ecc. Parlarono l'assessore comunale prof. Reale, il prof. Cantone preside della Facoltà di scienze e il prof. Zuccarelli che tenne il discorso commemorativo.

È morto il prof. JOHANNES ORTH, che per lunghi anni ha insegnato patologia medica all'Università di Berlino.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deutsche Med. Wochens., 22 sett. — L. MICHAELIS. Il compito della chimica fisica in medicina interna. — A. SZILI. Determinazione dell'urea in piccole quantità di sangue e di liquidi organici. — F. MANDL, J. KLIMONT. L'odore nella diagnosi clinica.

Journal Amer. Medic. Assoc., 9 sett. — J. J. MOORE. Campionamento dei laboratori clinici. — A. KEIDEL. Neurosifilide asintomatica. — E. C. WHITE, J. H. HILL, J. E. MOORE e H. H. YOUNG. Flumerina, nuovo antiluetico per via endovenosa.

Practitioner, ott. — P. LOCKHART-MUMMERY. Errori comuni nel trattamento delle affezioni rettali. — P. HALL. La diatermia nella tubercolosi polmonare.

Rev. Méd. Suisse Romande, sett. — H. CHRISTIANI e R. GAUTIER. Epidemia atipica di scarlattina.

Rev. de Hyg. y de Tuberc., 30 giu. — E. EIZAGUIRRE. La castrazione ovarica radioterapica nella tubercolosi.

Riforma Med., 2 ott. — P. MAROGNA. Ematurie renali e nefralgie ematuriche. — A. PELLEGRINI. Resezione del fegato.

Journ. de Méd. de Paris, 30 sett. — L. MOINSON. Le moliniasi.

Pathologica, 1° ott. — V. GRANDIS. Raffinazione della farina di frumento e valore alimentare del pane.

Presse Méd., 30 sett. — M. LABBÉ e H. TURCAN. Metabolismo basale. — H. TURCAN. Sintomi meningei nell'ascaridiosi.

Paris Méd., 30 sett. — F. DE COURMELLES. Radioanafilassi. — E. N. ZEHNTER. Prova dell'emoclasi digestiva.

Münch. Mediz. Wochens., 29 sett. — O. BISWANGER. Patogenesi e prognosi dell'epilessia. — W. GERBER. Sul sonno; apparecchio per controllarlo.

Deutsche Mediz. Wochens., 29 sett. — W. KOLLE. Ricerche sperimentali sul trattamento abortivo della sifilide. — E. ENGEL. Trattamento dell'aborto.

Mediz. Klinik, 1 ott. — P. UHLENHUTH. Ricerche sperimentali sulla sifilide. — ARNETH e J. BROCKMANN. Reperto ematico di Arneth nell'infantilismo. — W. STEIGER. Peritonite tardiva. — E. TOBIAS. Ipertonia essenziale.

Lancet, 30 sett. — H. J. WARING. L'avvenire degli ospedali. — E. S. REYNOLDS. La diatesi fibrosa.

Difesa Soc., sett. — U. CERLETTI. Contro l'endemia gozzo-cretinica.

British Med. Journal, 30 sett. — E. J. MACLEAN. Aborto e mortinatalità. (Discuss.).

Journal Amer. Med. Assoc., 16 sett. — H. A. POTT. Infezioni e infiammazioni dentali e peridentali. — C. D. ENFIELD. La sella normale. — 23 sett. — H. T. PATRICK e D. M. LEVY. Diagnosi dell'epilessia. — D. S. ALLEN e E. A. GRAHAM. Chirurgia intracardiaca.

Minerva Med., 1 ott. — P. MARIN. Sulla genesi anepatocellulare dell'ittero da emolisi.

Riv. di Clin. Ped., sett. — G. SQUARTI. Sulla reazione del benzoino nelle affezioni meningo-encefalitiche e in specie nell'eredo-lue.

Il Lavoro, 30 sett. — G. ALLEVI. Il taylorismo.

Revue de Méd., nn. 8-9. — H. CLAUDE e P. OURY. Gli accidenti nervosi dell'endocardite maligna protratta. — G. BICKEL. L'anemia grave di tipo pernicioso d'origine tubercolare. — H. GODLEWSKI. Le malattie a virus neurotropi.

Rev. Españ. de Med. y Cir., sett. — L. CICERA SALSE. La conducibilità del corpo umano alle correnti di alta frequenza.

Presse Méd., 4 ott. — L. SEUCERT e P. BLUM. Trattamento chirurgico dell'ostruzione delle grandi arterie degli arti. — A. LÉVY-FRANKEL e T. JUSTER. La sindrome endocrino-simpatica della calvizie.

Japan Med. World, 15 lug. — R. INADA. Profilassi e sieroterapia della spirochetosi ittero-emorragica. — Y. WATANABE. Sulla cosidetta paraagglutinazione. — 15 ag. — T. KUBOTA. Sulla profilassi delle aderenze peritoneali.

Spitalul, 9. — A. RADOVICI. La cronoassimetria. — E. PAULIAN. Allobioforosi intestinale (parissitismo da un anellide).

Brazil-Médico, 9 sett. — F. DE AZÉVEDO. Sui tumori del lobo frontale.

Arch. Méd. Belges, sett. — L. DAUTREBANDE. Il periodo antiallergico della tubercolosi.

Lancet, 7 ott. — R. O. MORREL. Usi e abusi della radiologia. — J. PRATT JOHNSON. L'azione dei vaccini.

Unión Médica, 7 sett. — G. MARANON e E. CARRASCO. Metabolimetria nelle affezioni endocrine.

Norsk Magazin for Laegevi deuskaben, ott. — S. LAACHE. Sull'ittero cronico (subcronico) non emolitico.

Journ. Méd. Franç., ag. — Numero sull'ipofisi.

Soc. Méd. Hôpit., 3 ag. — E. FENILLÉ. Azione desensibilizzatrice generale di alcuni medicinali multivalenti non specifici. — G. PAISSEAU e ISER-SALOMON. Pneumoniti centrali e pneumoniti mute. — A. JOSMET e R. DELGOVE. Accidenti articolari della sieroterapia. — JEANSELME, LORTAT-JACOB e T. BAUDONIN. Causalgia del nervo mediano consecutiva a zona. — M. LABBE. Diabete insipido trattato col novarsenobenzolo.

Rev. Ibero-Amer. de Ciencias Méd., sett. — A. MUT. Lesioni mitrali di origine sifilitica.

Arch. f. Schiffs- u. Tr.-Hyg., n. 9. — E. MARTINI. Sugli anofeli «misantropi» e «zoofili».

Bull. Ac. Méd., 3 ott. — G. CHAVANNAZ. Sulla diagnosi dell'ascite per percussione.

L'Igiene Mod., ag. — F. NERI. Sulla dimostrazione dei corpi di Negri per la diagnosi della rabbia.

La Coltura Med. Moderna, 10-25 giu. — A. VARISCO. Poliuria nel decorso della cirrosi epatica con ascite.

The Lancet, 23 sett. — H. ROLLESTON. Il laboratorio clinico nell'ospedale moderno. — V. J. HARDING e B. P. WATSON. I carboidrati nella nausea e nel vomito della gravidanza.

Archivi.

Tumori, III. — S. DENTICE. Morfologia e morfogenesi del sistema vascolare sanguigno nei tumori sperimentali da innesto. — G. D'AGATA. Infiammazioni croniche e tumori sperimentali. — E. GIOIA. Carcinoma seminifero e carcinoma wolffiano. — G. GOGLIA. Malattia di Dercum e lipomatosi nodulare multipla. — G. FERRERI. Linfosarcomi della faringe. — R. BRANCATI. Fibrosarcoma della lingua.

Tumori, IV. — L. TORRACA. Due casi di endotelioma della parotide. — L. DE LUCA. Casi rari di tumori dei muscoli retti addominali. — V. CANTONI. Cistoscopia e cateterismo degli ureteri nella diagnostica e terapia del cancro uterino. — L. MARTINOTTI. Manifestazioni cutanee nelle emoblastosi.

Annali d'Igiene, sett. — G. VOLPINO e S. RACCHIUSA. Influenza ed encefalite sperimentale. — M. AIAZZI MANCINI e P. PIERACCINI. Digeribilità salivare del pane raffermo. — F. M. MARRAS. Emolisine ed antiemolisine dei vibrioni colerigeni e non colerigeni. — B. BISBINI. Ifomiceti sviluppanti odore agliaceo.

Revue Neurol., lug. — P. MARIE, C. FOIX e T. ALAJOUNINE. Atrofia cerebellare tardiva a predominio corticale. — A. THOMAS. I disturbi della reflettività simpatica nella siringomielia.

Morgagni (Arch.), 30 sett. — F. COVA. Ricerca radiologica delle malattie del polmone. — E. MORELLI. Ricerche nell'herpes.

Ann. di Nevrol., IV. — F. VIZIOLI. Sindrome parkinsoniana, morbo di Wilson, pseudosclerosi.

La Diagnosi, VII-VIII. — E DEL SOLE. La trementina nelle affezioni ginecologiche. — A. CHIASSERINI. Ascite pseudochilosa.

Ann. di Ostetr. e Ginec., sett. — G. COEN. Cistoma ovarico distaccato spontaneamente dal suo peduncolo.

Arch. di Antropol. crimin., Psich. e Med. leg., mag.-ag. — G. GENIL-PERRIN. L'opera psichiatrica di Lombroso. — G. MARRO. Patologia del sogno.

Nederlandsch Tydscrift voor Geneeskunde, n. 23. — Numero monografico dedicato a Pasteur.

Archivos de Med., ecc., 7 ott. — A. CRESPO ALVAREZ. Il metabolismo basale in clinica.

Indice alfabetico per materie.

Acquedotti: i mutui per gli — . . . . *Pag.* 190
Aneurisma diffuso dell'arteria femorale provocato da esostosi . . . . » 184
Azoospermia: forme . . . . » 188
BACCELLI GUIDO: commemorazione . . . » 195
Bibliografia . . . . » 184
Calcolosi delle vie urinarie: cause di errore nella diagnosi radiologica . . » 169
Capillari sanguigni: oscillazioni periodiche costituzionali e patologiche nello stato dei — . . . . » 182
Carbonchio industriale: difesa contro il — . . . . » 192
Colon: patologia . . . . » 179
Concorsi: preferenze per invalidità di guerra e per servizio militare . . . » 190
Diabete: diagnosi differenziale per mezzo della tolleranza al glucosio . . . . » 188
Difterite: reazione per la ricerca dell'immunità o della sensibilità . . . . » 188
Febbre da fieno: vaccini . . . . . » 189
Fibroma del legamento rotondo . . . » 177
Gravidanza extrauterina: rara complicanza cerebrale . . . . » 174
Ileotifo: iniezioni endovenose di urotropina . . . . *Pag.* 188
Inalazioni a secco . . . . » 189
Malaria nei rapporti con la chirurgia . » 187
Odontoiatria: diploma straniero per l'esercizio in Italia? . . . . . . » 190
Otorinolaringoiatria: apparecchio a visione stereoscopica di von Eicken . . » 186
Pertosse: iniezioni di etere . . . . » 188
Piede bidattile . . . . » 186
Proteinoterapia nei tumori . . . . . » 189
Ricorso contro le deliberazioni della G. P. A. in sede di tutela . . . . . » 191
Secrezione gastrica e pancreatica: riduzione . . . . » 180
Setticemie pneumococciche prolungate . » 187
Stenosi mitralica pura: sindrome mediastinica . . . . » 182
Stomaco intratoracico . . . . . . » 181
Trequarti cistoscopico per le operazioni endovescicali . . . . » 186
Ultramicroscopia: dispositivo semplicissimo per — . . . . » 177
Unghie: modificazioni dopo reumatismo acuto e tubercolosi . . . . . . » 187
Vigilanza sui prodotti arsenobenzolici . » 192

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

☛ *Abbiamo pubblicato da pochi giorni:*

Prof. Dott. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

La TERAPIA CLINICA nella Medicina pratica

Indicazioni - Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche

INDICE

Introduzione. — A) TERAPIA ETIOLOGICA. — I. **Medicazione antinfettiva.** - A) Medicazione antibatterica od immunizzante (immunterapia). - **a)** Infezioni generali: 1. Tubercolosi; 2. Influenza; 3. Streptococcìa; 4. Stafilococcìa; 5. Tifo; 6. Febbre melitense; 7. Peste; 8. Carbonchio; 9. Morva. - **b)** Infezioni esantematiche: 10. Vajuolo; 11. Tifo esantematico. - **c)** Infezioni con prevalenti localizzazioni nervose: 12. Rabbia; 13. Tetano; 14. Meningite cerebro-spinale. - **d)** Infezioni con prevalenti localizzazioni respiratorie: 15. Difterite; 16. Polmonite. - **e)** Infezioni con prevalenti localizzazioni intestinali: 17. Dissenterite bacillare; 18. Colera. — B) Medicazione antimicotica. — C) Medicazione antiprotozoica (chemoterapia): 1. Sifilide; 2. Spirillosi e Tripanosomiasi; 3. Malaria; 4. Dissenterite amebica; 5. Leishmaniosi; 6. Reumatismo articolare acuto; 7. Neoplasmi; 8. Tubercolosi; 9. Pneumococcìa, Streptococcìa, Stafilococcìa; 10. Accesso gottoso. — D) Medicazione antielmintica: 1. Cestodi; 2. Trematodi; 3. Nematodi; 4. Strongilidi; 5. Tricotrachelidi; 6. Filarie e Anguillule. — E) Medicazione antiartropoidea: 1. Acaridi; 2. Insetti. — II. **Medicazione antitossica.** - A) Autointossicazioni. — B) Avvelenamenti: 1. Acido cianidrico; 2. Acido citrico; 3. Acido cloridrico; 4. Acido fenico; 5. Aconito; 6. Alcool; 7. Antimonio; 8. Antipirina; 9. Argento; 10. Arsenico; 11. Bario; 12. Belladonna; 13. Caffeina; 14. Calabarrina; 15. Calcio; 16. Cantaride; 17. Carbonio 18. Catrame; 19. Chinina; 20 Cianuri; 21. Cloralio; 22. Cloro; 23. Cloroformio; 24. Coca; 25 Digitale; 26. Felce; 27. Fosforo; 28. Giusquiamo; 29. Idrogeno solforato; 30. Jodo; 31. Mercurio; 32. Muscarina; 33. Nicotina; 34. Nitrito d'amile; 35. Noce vomica; 36. Oppio; 37. Piombo; 38. Rame; 39. Santonina; 40. Segala. — **B)** TERAPIA SINTOMATICA.— I. **Terapia generale.** - 1. Medicazione tonica; 2. Medicazione ricostituente; 3. Medicazione antidrotica; 4. Medicazione antipiretica; 5. Medicazione dell'infiammazione: **a)** Medicazion flogogena; **b)** Medicazione antiflogistica. — II. **Terapia della pelle.** - 1. Terapia della secrezione sudorale: **a)** Medicazione antidiaforetica; **b)** Medicazione diaforetica; 2. Terapia della secrezione sebacea. — III. **Terapia del sistema nervoso.** - 1. Medicazione neurotrofica; 2. Medicazione psichica: **a)** Medicazione psicoterapica; **b)** Medicazione depresso-motrice; **c)** Medicazione eccito-motrice; 5. Medicazione ipotensiva od evacuatrice. — IV. **Terapia del sistema endocrino-simpatico.** - 1. Medicazione simpaticotropa: **a)** Medicazione simpatico-tonica, **b)** Medicazione simpatico-ipotonica; 2. Medicazione autonomotropa: **a)** Medicazione autonomo-tonica; **b)** Medicazione autonomo-ipotonica. — V. **Terapia del sangue.** - 1. Medicazione emocromogena; 2. Medicazione eritrocitica; 3. Medicazione leucocitica. — VI. **Terapia dell'apparecchio circolatorio.** - A) Terapia del cuore: 1. Medicazione cardio-sedativa; 2. Medicazione cardio-cinettica; 3. Medicazione cardio-regolatrice (antiaritmica). — B) Terapia dei vasi: 1. Medicazione angiotrofica; 2. Medicazione vasodilatatrice; 3. Medicazione vasocostrittrice; 4. Medicazione emostatica. — VII. **Terapia dell'apparecchio urinario.** - 1. Medicazione astringente; 2. Medicazione diuretica; 3. Medicazione antitossica; 4. Medicazione antisettica. — VIII. **Terapia dell'apparecchio respiratorio.** - 1. Medicazione antidispnoica; 2. Medicazione dei disturbi dell'ematosi; 3. Medicazione espettorante; 5. Medicazione essiccante. — IX. **Terapia dell'apparecchio digerente.** - A) Terapia della secrezione salivare: 1. Medicazione ipocrinica; 2. Medicazione ipercrinica; 3. Medicazione modificatrice della saliva. — B) Terapia dello stomaco: 1. Medicazione eupeptica: **a)** Medicazione gastro-ipercrinica **b)** Medicazione gastro-ipocrinica; 2. Medicazione gastro-cinetica: **a)** Medicazione gastro-ipercinetica; **b)** Medicazione gastro-ipocinetica. C) Terapia dell'intestino. 1. Medicazione enterocinetica: **a)** Medicazione entero-ipercinetica (purganti); **b)** Medicazione entero-ipocinetica (antidiarroici); 2. Medicazione antisettica. — D) Terapia del fegato. - 1. Medicazione colagoga; 2. Medicazione modificatrice della bile: **a)** Medicazione anti-colelitiasica; **b)** Medicazione antisettica. — E) Terapia del Pancreas. — X. **Terapia della nutrizione.** - 1. Medicazione del metabolismo dei carboidrati; 2. Medicazione del metabolismo dei grassi; 3. Medicazione del metabolismo dei proteidi: **a)** Medicazione antiazoturica; **b)** Medicazione antiossalica; **c)** Medicazione antiurica. — **C)** TERAPIA DELLE MALATTIE. — I **Malattie infettive.** - A) Infezioni generali: 1. Malaria; 2. Tripanosomiasi e Leishmaniosi; 3. Reumatismo; 4. Influenza; 5. Tifo; 6. Paratifo; 7. Febbre melitense; 8. Peste; 9. Carbonchio; 10. Morva. — B) Infezioni esantematiche: 11. Tifo esantematico; 12. Vajuolo; 13. Varicella; 14. Morbillo; 15. Scarlattina; 16. Erisipela. — C) Infezioni con prevalenti localizzazioni nervose: 17. Rabbia; 18. Tetano; 19. Poliomielite anteriore acuta; 20. Meningite cerebro-spinale epidemica. — D) Infezioni con prevalenti localizzazioni respiratorie: 21. Difterite; 22. Tosse convulsiva; 23. Pulmonite crupale. — E) Infezioni con prevalenti localizzazioni all'apparato digerente: 24. Mughetto; 25. Parotite epidemica; 26. Dissenterite; 27. Colera. — II. **Malattie del sistema nervoro.** - 1. Isterismo; 2. Nevrastenìa; 3. Epilessìa; 4. Meningite; 5. Commozione cerebro-spinale; 6. Emorragia cerebrale; 7. Trombo-embolismo cerebrale; 8. Encefalite; 9. Paralisi agitante; 10. Corea; 11. Polioencefalite; 12. Paralisi bulbare; 13. Spondilosi rizomelica; 14. Carie vertebrale; 15. Meningitè spinale; 16. Ematomielia; 17. Mielite; 18. Sclerosi multipla; 19. Siringomielia; 20. Poliomielite anteriore acuta; 21. Amiotrofie; 22. Tabe; 23. Nevralgie; 24. Neuriti. — III. **Malattie del sistema endocrino-simpatico.** - 1. Nevrosi celiaca; 2. Asfissìa locale delle estremità; 3. Edemi nevrotici; 4. Eritromelalgia; 5. Meralgìa parestesica; 6. Acroparestesìa; 7. Cefalgìa; 8. Retrazione dell'aponevrosi palmare e plantare; 9. Osteopatìe sistematiche; 10. Male perforante; 11. Mixedema; 12. Gozzo esoftalmico; 13. Tetanìa; 14. Acromegalìa e Gigantismo; 15. Sindromi adipose ipofisarie; 16. Morbo bronzino; 17. Stato timico-linfatico; 18. Infantilismo. — IV. **Malattie del sangue.** - 1. Cloroanemìa; 2. Anemia perniciosa progressiva; 3. Policitemìe; 4. Leucemìe e Pseudoleucemìe; 5. Ittero emolitico; 6. Emofilìa; 7. Porpore; 8. Scorbuto; 9. Emoglobinuria parossistica. — V. **Malattie dell'apparecchio circolatorio.** - 1. Angina di petto; 2. Cardiopalmo; 3. Pericardite; 4. Miocardite; 5. Endocardite; 6. Arterite; 7. Arteriosclerosi; 8. Aneurismi; 9. Flebite, 10. Flebectasìa. — VI. **Malattie dell'apparato urinario.** - 1. Nefrorragìa; 2. Nefrite; 3. Pielite; 4. Idronefrosi; 5. Nefrolitiasi; 6. Enuresi; 7. Cistite. — VII. **Malattie dell'apparecchio respiratorio.** - 1. Asma bronchiale; 2. Bronchite; 3. Bronchiettasìa; 4. Broncostenosi; 5. Edema polmonare; 6. Atelettasìa polmonare; 7. Enfisema polmonare; 8. Broncopolmonite; 9. Polmonite interstiziale; 10. Pneumoconiosi; 11. Tubercolosi polmonare; 12. Gangrena polmonare; 13. Ascesso polmonare; 14. Pleurite; 15. Pneumotorace. — VIII. **Malattie dell'apparato digerente.** - 1. Stomatiti; 2. Anginè; 3. Stenosi esofagea; 4. Spasmo del cardias; 5. Spasmo del piloro; 6. Imbarazzo gastrico; 7. Gastrite; 8. Carcinoma gastrico; 9. Ulcera gastro-duodenale; 10. Enterite; 11. Tiflite; 12. Appendicite; 13. Entero-colite; 14. Emorroidi; 15. Peritonite; 16. Cirrosi epatica; 17. Ascesso epatico; 18. Echinococco del fegato; 19. Tumori del fegato; 20. Angiocolite e Colecistite; 21. Colelitiasi; 22. Pancreatite; 23. Tumori del pancreas. — IX. **Malattie della nutrizione.** - 1. Diabete; 2. Obesità; 3. Gotta; 4. Rachitismo; 5. Osteomalacia.

Un grosso volume di pagine VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, dal rinomato Stabilimento Staderini di Roma, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58** più le spese di spedizione e di raccomandazione. Pei nostri abbonati, sole L. **50** con l'invio in porto franco.

Per ottenere tutto o parte di quanto sopra, inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, 10 - ROMA

ANNO XXX Roma, 12 Febbraio 1923 Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Riviste sintetiche: I. Bersani: Parkinsonismo post-encefalitico.
Note di tecnica: M. Pergola: La provvista di siero di sangue per la preparazione di substrati culturali.
Osservazioni cliniche: F. Speciale: Contributo allo studio dell'ipernofroma.
Note e contributi: R. Sacco: Larve di mosche nel condotto uditivo esterno.
Sunti e rassegne: ENDOCRINOLOGIA: A. J. Carlson: Ipofunzione ed iperfunzione delle ghiandole endocrine. — J. C. Aub. Rapporti tra secrezioni interne e metabolismo. — R. G. Hoskins: Principii di endocrinologia applicabili all'organoterapia. — Di Bernard: Contributo allo studio della pazzia ovapriva.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Società dei Medici a Vienna.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: SISTEMA NERVOSO: Ascesso cerebrale d'etiologia non comune. — I disturbi vasomotori nelle emiplegie cerebrali. — Il substrato anatomico dei dolori vertebrali e la loro diagnosi. — Aumentata frequenza della polineurite. — Il luminale nell'emicrania. — MISCELLANEA: Contributo allo studio delle metastasi dei tumori tiroidei. — Sifilide epatica con sintomi di ascesso. — MEDICINA LEGALE: La vigilanza igienica sul baliatico. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA: Le teorie di Einstein e la biologia.
Politica sanitaria e giurisprudenza: La organizzazione della vigilanza igienica. — La riforma della legge per le pensioni. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Interessi professionali. — Cronaca del movimento professionale. — Amministrazione sanitaria. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Pei congedati malarici. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
Sezione Medica diretta dal prof. ZUCCOLA.

Parkinsonismo post-encefalitico

per il dott. IGINIO BERSANI, assistente.

Non parrà ozioso ritornare su un argomento sul quale tanta letteratura è fiorita in Italia e all'estero, quali i postumi dell'encefalite detta letargica, perchè non mi sembra disutile il tentativo di radunare in una breve rassegna quanto è stato descritto e trovato a proposito di uno dei particolari aspetti, forse il principale, dei postumi dell'encefalite, il parkinsonismo. La descrizione della sindrome parkinsoniana postencefalitica, si trova negli studi completi delle sindromi da lesioni dei nuclei della base per lo più accodata alle altre, secondo che il criterio anatomo-patologico, o clinico o etiologico guida l'autore; mentre invece interessa al pratico conoscere una manifestazione morbosa che è attualmente piuttosto diffusa, e che è destinata a lasciare nella storia della medicina, documenti indelebili. Dato il particolare valore clinico del parkinsonismo post-encefalitico, e data la varia valutazione fattane, non esistono, o io non ho saputo trovare, dati statistici che lo riguardano, ma si può ben dire che non esiste clinica o sezione ospedaliera che dopo gli anni 1918-1919-1920 non abbia accolto ammalati, il cui disturbo predominante consisteva in una speciale rigidità muscolare, in particolari tremori, nella

cui anamnesi non mancasse una pregressa affezione identificabile quasi sempre coll'encefalite o col singhiozzo o coll'influenza; ed ancora oggi, epoca nella quale non assistiamo più che a sporadici casi di encefalite, il cui decorso tradisce una virulenza pur inferiore a quella osservata nel classico scorcio del 1919, noi incontriamo dei pazienti in cui tutto l'evolversi dei sintomi si orienta fatalmente verso il quadro del parkinsonismo.

In Italia, al 27° Congresso di Medicina, nella discussione del tema generale « encefalite epidemica », i Congressisti recavano il contributo di osservazioni quasi concordi su detta malattia e sui suoi postumi; in Francia, alla 2ª riunione del 1921 della Società di neurologia di Parigi, cronologicamente anteriore alla precedente, veniva affrontato il tema « sindromi parkinsoniane », e in particolar modo svolto rispetto all'encefalite.

Nell'esposizione che io farò del parkinsonismo post-encefalitico, per non ripetere cognizioni troppo note, passerò rapidamente sui suoi sintomi classici, tremori, rigidità, abolizione dei movimenti automatici; sulla descrizione della facies parkinsoniana, sull'anatomia patologica, su tutto quanto insomma fu argomento di particolari monografie e che ormai non suscita più discussioni e riporterò di preferenza quei rilievi, quelle questioni che per essere più moderni, meno diffusi o letti possono servire a completare i primi e a formare una sintetica comprensione dell'argomento.

Di conseguenza tralascierò pure tutta la storia dell'encefalite, e riferendomi ai suoi esiti, mi atterrò esclusivamente al parkinsonismo; al qual proposito mi atterrò pure esclusivamente a quello che riconosce come causa l'encefalite, o le malattie già accennate, influenza, singhiozzo, che da essa non sono ancora sicuramente distinte.

È generalmente ammesso che l'encefalite, attraverso a subdole acquiescenze e lenta evoluzione, abbia con una relativa frequenza esito in tremori e rigidità parkinsoniani, e che il parkinsonismo debba essere appunto così chiamato perchè non assurge ad altro valore che a quello di una sindrome conseguente ad un processo infettivo, e perciò da tenersi ben distinta da altre sindromi affini, le quali seguono a intossicazioni specifiche, o a lesioni distrofiche di probabile origine vascolare.

Solo qualche raro autore, il Guillain, per es., sostiene l'identità del morbo di Parkinson col parkinsonismo postencefalitico.

La sindrome parkinsoniana postencefalitica colpisce di preferenza ammalati giovani, o nella prima metà della vita, essendo abbastanza rari i casi di encefalite nell'età matura; e segue più facilmente ai casi di media gravità, specie alle così dette forme oculo-letargiche. Come dirò più innanzi interviene anche in seguito a forme benigne, frustre, talvolta subito dopo, talvolta dopo alcuni mesi, talvolta più tardi ancora. Che il fattore etiologico del parkins. sia identico a quello dei fenomeni acuti che lo precedono, è fatto pure ammesso, pur essendo incerto se sia rappresentato dal virus della encefalite o da quello dell'influenza, poichè la sovrapposizione quasi contemporanea delle due epidemie sollevò molti dubbi, non delucidati dalle ricerche, sull'identità dei rispettivi virus. Certo si è che furono osservati (Soffré) nella stessa famiglia, casi d'influenza e casi di encefalite e nello stesso soggetto prime manifestazioni influenzali e poi encefalitiche, o le une e le altre contemporaneamente; col perpetuarsi così del dubbio, in mancanza di conoscenze certe sull'agente eziologico, se le lesioni delle vie pallido-striate, responsabili del quadro parkinsoniano, possono conseguire soltanto all'una od all'altra affezione. Nè va dimenticato, per imparzialità di esposizione, come il singhiozzo sia stato eziologicamente connesso coll'encefalite (Dallocco - Carreras), come altri autori abbiano ammesso tale identità solo con dovute riserve (Sabatini, Gasbarrini); mentre ancora da altri (Logre-Heuyer) si voglia crederlo una manifestazione influenzale. Come si vede la questione è più complessa di non quanto un esame affrettato possa far credere, perchè mentre ricerche di Pontano e Trenti scinderebbero il singhiozzo epidemico e dall'influenza e dall'encefalite, in appoggio ad una probabile affinità fra l'agente eziologico dell'encefalite, dell'influenza, del singhiozzo, starebbe il fatto che per ognuna di tali entità morbose furono visti convalescenti dalle stesse presentare poco alla volta la sindrome parkins. e che anzi in alcuni (Carreras, Roger-Guillemard) il singhiozzo precedette o preannunciò l'instaurarsi di essa. Il singhiozzo epidemico è quindi una espressione monosintomatica dell'encefalite epidemica, od è invece una individualità clinica ed eziologica a germe ancora sconosciuto, capace di affettare i corpi striati in siffatta maniera, che il parkins. che è stato sicuramente notato seguirla, si possa identificare con quello che fu detto postencefalitico e che costituisce l'oggetto della presente nota?

Al punto in cui stanno le conoscenze acquisite da tante osservazioni cliniche, suffragate dal reperto isto-patologico, si può ammettere, se non con sicurezza, almeno con criterio della maggiore probabilità, che il parkinsonismo

abbia origine da una encefalite anche in certi casi in cui la sindrome ha un inizio apparentemente primitivo e per così dire improvviso.

Tali per esempio il caso illustrato da Lhermitte e Cornil, i quali avanzano però l'ipotesi che il processo encefalitico, passato inosservato, abbia soltanto reso più appariscente i sintomi della malattia di Parkinson preesistenti e che consistevano in lievi tremori limitati alla mano sinistra; ed un caso di nostra osservazione, su cui vale la spesa soffermarci brevemente, poichè il quadro del parkins. si stabilì come primitiva espressione di un processo di encefalite ignorata. « Un giovane di 24 anni, impiegato, con gentilizio indenne, anamnesi remota negativa, la prossima ricordante solo una lieve angina, con sviluppo psichico e fisico sempre normale sino al momento in cui si ammala, incomincia a presentare anomalie del carattere, che i parenti descrivono come apatia, indifferenza a quanto l'attornia, seguite da una curiosa pigrizia dei movimenti, talora da leggere crisi di riso o di pianto coatto, insonnia, modica scialorrea, iperidrosi. Negativa la R. W. sia sul sangue che sul liquido c. r. Dopo poco tempo la rigidità dei muscoli si fa più evidente, acquista anzi una particolare plasticità, compaiono dei tremori, è rilevabile il fenomeno della troclea dentata di Negro. In breve la diagnosi di sindrome parkins. si impone, e con essa, essendo l'anamnesi quasi muta, il dubbio se l'agente eziologico consista in un processo infettivo specifico (lue ignorata) o in un virus ignoto, non parendo degna di particolare attenzione l'ipotesi di un processo distrofico, data la giovane età del paziente. Un energico trattamento antiluetico non muta il quadro clinico nè i disturbi soggettivi e obbiettivi; questi ultimi invece migliorano e tendono tuttora ad attenuarsi con iniezioni di scopolamina, duboisina, cacodilato ad alte dosi, procedure idriatiche, faradizzazioni ». Il caso, come si vede, merita un piccolo commento.

Come ho già detto la sindrome parkins. insorse senza che una lesione precedente ed apprezzabile, ove si escluda l'angina, la potesse far sospettare, e il trattamento antiluetico, malgrado la R. W. negativa, fu, se non materialmente appropriato, indicato, e consigliabile, perchè secondo le ricerche di Lhermitte e Cornil, il globus pallidum, lo striatum, il locus niger possono essere attaccati dallo spirocheta in guisa da determinare sindromi parkinsonsimili, la cui eziologia è bene ricordare. Infine nel caso riportato la diagnosi fu confortata dal criterio *ex juvantibus* dalla somministrazione di antispasmodici e di preparati arsenicali ad alte dosi. Circa il momento eziologico ha esercitato una certa qual seduzione l'ipotesi che l'angina sofferta dall'ammalato sia stata la porta d'entrata dell'agente che determinò un processo di encefalite sì lieve da non aver dato segno di sè. Ancora un altro caso di mia osservazione potrei citare, in cui tutto il quadro parlava per una forma larvata di parkins. postencefalitico, in cui l'accidente iniziale, per così dire, l'encefalite, passò pressochè inosservato. L'ammalato insistentemente interrogato finì col ricordare che alcuni mesi prima aveva avuta leggera febbre e che per un certo tempo non aveva potuto dormire nella notte; disturbi passati senza sussidio di terapia alcuna, perchè il paziente, un contadino appartenente ad un paesetto montano, non aveva ritenuto opportuno presentarsi al medico condotto, troppo lontano da lui, per segni morbosi che non avevano richiamato nemmeno la sua attenzione; egli si era deciso invece a farsi ricoverare in ospedale molti mesi dopo tali fatti, perchè notava che gli era comparso un inceppamento della loquela, che era divenuto debole e si sentiva rigido e tremante nei movimenti. Per questo paziente la terapia adoperata come nel primo caso diede solo lievi risultati.

Come in questi tre casi, negli altri analoghi della letteratura o caduti sotto l'osservazione diretta dei medici, per il loro inizio se non improvviso, inaspettato, si può concludere che, ricercando attentamente nell'anamnesi, si riesce quasi sempre a trovare la causa e il momento nella quale i gangli della base devono essersi ammalati, e che perciò solo con molta prudenza e poca precisione scientifica si possa parlare di una sindrome parkins. a inizio brusco ed improvviso; se non si vuole con tale espressione riferirsi a quanto avviene nella lue (per talune particolarità di decorso paragonata all'encefalite) nella quale pure l'accidente iniziale può passare inosservato, mentre poi tardivamente si rileva una aortite o una tabe; e che parimente l'encefalite possa avere la peculiarità di essere così subdola all'inizio, da metterci innanzi ai suoi postumi, senza che dalle prime manifestazioni si abbia sicuro segno.

Pette, a proposito del precoce insorgere della rigidità parkins. pensa che essa complichi quei casi nei quali le vie pallidostriate, sono *ab-initio* estesamente e profondamente lese, provando le ricerche di Economo e Jackob che tali profonde lesioni possono realmente stabilirsi sin nei primissimi stadi.

Indubbiamente lo studio dell'anatomia patologica dell'encefalite epidemica, svelò e spe-

cificò per così dire, particolarità cliniche legate a lesioni di determinati centri nervosi, della cui funzione non si aveva un tempo che nozioni vaghe.

I lavori sull'argomento (Gamna, Agostini, Falzi, Lambranzi, De Lisi, Gasbarrini, Modena, Pansera, Pepere, Mott, O. C. Vogt, Wilson, Lhermitte, R. Hunt) sono concordi nell'indicare che la lesione anatomica delle varie forme di paralisi agitante, qualunque ne sia la eziologia, consiste in una lesione pressochè identica per tutte dei corpi striati, e non già del sistema muscolare o del sistema endocrino come altre teorie volevano. Non starò a ricordare l'anatomia dei due principali nuclei sub corticali di sostanza grigia, il caudato e il lenticolare, e nemmeno le loro connessioni e il significato loro, essendo nozioni ad oguno note attraverso alle recenti pubblicazioni sull'argomento (Mingazzini, Furno, Ponticacia, Gamna, Souques, Lhermitte, Vogt), riferirò solo a conclusione che la sindrome parkins. postencef. trova la sua spiegazione più accettata in una lesione atrofica degenerativa delle cellule del *globus pallidum* (Lambranzi, Souques, Hunt, Vogt) del *locus niger* (Agostini, Brissaud, Tretiakoff, Lhermitte) o dell'uno e dell'altro insieme (Gasbarrini, Agostini, Falzi) e che le altre ipotesi (Maillard, Wilson-nucleo rosso) (Spanio, Pende, sistema parasimpatico) hanno trovato fredda accoglienza.

Tremori, rigidità muscolare, abolizione dei movimenti automatici, costituiscono il tripode sintomatologico di tutte le sindromi parkins.: nè fa difetto in quella postencefalitica. Se non chè in questa più facilmente che nelle altre, si osservano deviazioni dalla norma. Così i tremori sono talvolta leggeri e fugaci, mentre la rigidità muscolare è il segno più appariscente; tal'altra invece i due sintomi si stabiliscono in modo generalizzato, d'emblée (criterio differenziale per il morbo di Parkinson); tal'altra hanno disposizioni mono od emiplegiche. Sono pure segnalati dei dolori crampiformi i quali precedono gli altri disturbi e scompaiano non appena questi si sono stabiliti. Il Parkinsoniano postencefalitico ha inoltre un particolare atteggiamento, una facies, tutta una serie di fenomeni già minutamente studiati nelle loro sfumature, di cui io, secondo la premessa, non ricalcherò la descrizione.

Souques ha suggerito degli accorgimenti semeiologici per constatare l'abolizione dei movimenti automatici, quali la così detta « prova del mulinello » e quella del « piegamento all'indietro dell'ammalato seduto sulla sedia ». Sono però questi artifizi cui raramente tocca ricorrere, mentre invece merita ben altro valore e osservazione, in quanto ha la virtù di apparire precocemente proprio nel parkins. postencefalitico, il fenomeno della troclea dentata, descritta dal neuropatologo di Torino, il Negro.

Come ben è noto, il fenomeno consiste in ondulazioni muscolari che affettano tutti i muscoli, ma particolarmente visibile nel bicipite omerale, talchè i movimenti sia attivi, che passivi di estensione e flessione dell'anti braccio avvengono in modo come se il capo articolare del cubito girando attorno alla troclea corrispondente, anzichè muovere attorno ad una superficie cilindrica liscia, muovesse invece su una superficie dentellata. Il valore semeiologico di tale fenomeno è rafforzato dal fatto che esso manca nei casi di contrattura postemiplegica.

Negro nella riunione alla Società di Neuropatologia di Parigi concluse: « nella malattia di Parkinson e nel parkinsonismo da encefalite letargica il fenomeno della troclea dentata è, a mia opinione, la espressione semiologica di una alterazione particolare del tono normale del sarcoplasma (tono di riposo o plastico di Pieron). Questo tono è stabilmente aumentato in forza di lesioni irritative delle vie nervose simpatiche del mesocefalo, le quali arrivano al sarcoplasma stesso per l'intermediario delle cellule autonome midollari, costituenti il corno laterale (nucleo intermedio-laterale) ».

Ora la prevalenza di funzione in attività stabile, vale a dire continua del sarcoplasma è, secondo il Negro, la causa della rigidità muscolare dei parkinsoniani.

Per Ceconi invece la rigidità muscolare segue alla ipertonia, e riconosce altra origine. Discutendo con sottile analisi alcuni casi clinici di esiti lontani di encefalite, egli nota che la loro sintomatologia dimostra soltanto un disturbo della funzione statica, non dinamica del corpo, e che perciò non può certo farsi dipendere da interessamento delle vie piramidali.

Paragonando invece la sindrome postencefalitica con quella amiostatica di Westephall-Strümpell (la sindrome amiostatica contempla tutte le affezioni che comportano una fenomenologia motoria senza che le vie piramidali siano interessate e che hanno quindi significato di disturbo dell'equilibrio statico, non dinamico del corpo) egli rileva che si possono identificare perfettamente, essendo l'una e l'altra sufficientemente spiegate dall'ipertonia muscolare. L'ipertonia è però qui dovuta ad uno stimolo eccessivo che partendo dal sistema

nerveo muscolare che presiede alla statica del corpo, si esercita uniformemente distribuito sia sui muscoli agonisti, che sugli antagonisti, donde la rigidità muscolare e tutta la serie di manifestazioni che, implicando quella grande parsimonia di movimenti danno al parkinsoniano il caratteristico aspetto statuario. Il Ceconi è d'accordo con altri che i gangli basali siano la sede per la regolarizzazione dei movimenti automatici, e specialmente il nucleo lenticolare e le vie motrici che con lui sono in rapporto.

Vincent e Hagueneau, sperimentando sul meccanismo della rigidità muscolare parkinsoniana, per mezzo di correnti faradiche tetanizzanti, hanno osservato che ottenevano delle contrazioni le quali duravano a lungo anche dopo che l'eccitamento era cessato, e che l'eccitazione si portava non soltanto sui muscoli attivi pel movimento che si voleva ottenere, ma pure sugli antagonisti e su tutti i muscoli che potevano favorire l'esecuzione del movimento. Questa esperienza conforterebbe quindi il pensiero del Ceconi. Infine, a proposito della sinergia dei muscoli, vale ricordare ancora che nei parkinsoniani postencefalitici esiste una diminuzione della forza di pressione e conservazione di quella resistenza; ciò Souques interpreta come dipendente dal fatto che nella forza di pressione (contrazione dinamica), gli antagonisti si contraggono per moderare l'azione degli agonisti, e che invece nella forza di resistenza (contrazione statica) gli antagonisti invece di contrarsi si rilascino per permettere agli agonisti di sviluppare tutta la loro potenza.

I parkinsoniani presentano un singolare fenomeno il quale non ha avuto ancora la sua spiegazione. Appena capaci di muoversi nel letto pigramente e lentamente, sono invece capaci talvolta di correre, di saltare, di ballare a tempo di musica. Nella descrizione di tale fenomeno si contendono la priorità vari autori (Masci, Abruzzetti, Silvestri); il Tilney lo chiamò «progresion metadromique», il Souques «kinesie paradoxale». L'ammalato di cui riferii la storia un poco più per esteso nella prima parte della mia nota, usava trasferirsi da una camera all'altra a passo accelerato, e precedeva sempre i famigliari nella deambulazione quando usciva di casa; un paziente di Masci, emiplegico, con andatura stentata e falciante, non era secondo agli altri nella corsa, durante la quale ogni traccia di emiplegia si dileguava. Non è qui il caso di ammettere un paragone, nè tanto meno un tentativo di spiegazione del fenomeno, ricordando un'esperienza del Nothnagel. La riporto solo pel suo valore storico, essendo in tema di lesione dei nuclei della base, tanto più che fu confermata dal Rezeck e dal Fournier. Il Nothnagel, nel 1876, irritando con un tre quarti munito di alette, o con una soluzione di acido cromico, un determinato punto della testa del nucleo caudato del coniglio (che egli chiamò *nodus cursorius*) osservò che otteneva un irresistibile impulso alla corsa da parte dell'animale stesso.

Quanto avviene per la deambulazione, si osserva pure per la loquela. Il parkinsoniano che per lo più se ne sta silenzioso, dimostrando un'indifferenza quasi completa per ciò che lo attornia, che interrogato talvolta non risponde, dimostra invece talvolta una scioltezza di parola per questioni futili e banali, specie per quelle che evidentemente urtano la sua suscettibilità.

Babinski, Jarkowski, Plichet hanno descritto un caso in cui l'ammalato, sul quale erano da escludersi disturbi mentali o di natura isterica, presentava delle fasi di assoluto mutismo che duravano magari delle intere giornate, con incapacità di aprire la bocca di inghiottire la saliva, gli alimenti; mutismo che cessava ad un tratto bruscamente dopo lo stimolo di una emozione viva (mutismo Parkinsoniano).

Pare che quando cessano questi stati di mutismo l'ammalato sia in condizione di recitare magari un passo a memoria, di narrare un fatto, di fare un piccolo calcolo, ma sia totalmente incapace di esprimere un'idea personale.

(Continua).

NOTE DI TECNICA.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA
DELLA SANITÀ PUBBLICA
diretto dal prof. B. GOSIO.

La provvista di siero di sangue per la preparazione di substrati culturali.

Prof. M. PERGOLA.

Da miei precedenti studi (1) risulta che, per la ricerca del bacillo difterico secondo il mio metodo, sono preferibili il substrato I) per la cultura di arricchimento e il substrato B) per la cultura di isolamento.

Essi, oltre permettere di ottenere i migliori risultati, offrono il vantaggio di avere identica costituzione (2), e di poter quindi essere allestiti con un'unica preparazione: il mezzo culturale lasciato liquido è il I), solidificato mediante il riscaldamento è il B).

Tra i componenti di questi substrati nutritivi entra però il siero di sangue, materiale che molti laboratori avrebbero difficoltà a procurarsi, specialmente perchè erroneamente si ritiene che, qualora il siero debba essere conservato per qualche tempo, sia indispensabile raccoglierlo con quelle cautele di asepsi e di antisepsi, che permettano di ottenerlo già di per sè sterile, senza venire sottoposto ad alcun trattamento. È questa l'origine di tutti gli inconvenienti. Per giungere infatti ad ottenere siero sterile, occorre in primo luogo poter praticare, colle debite norme, il salasso dall'animale, da cui si ha da prelevare il sangue. Ma questa circostanza, che sembrerebbe potersi facilmente soddisfare, rappresenta invece all'atto pratico la maggiore difficoltà, perchè, in ultima analisi, per praticare in perfetta regola un salasso piuttosto abbondante, quale si richiede per raccogliere il siero nella quantità necessaria pel nostro scopo, bisognerebbe che il laboratorio stesso disponesse di animali di grossa o media taglia, ciò che per la maggior parte dei laboratori non si verifica.

Per procurarsi il siero, si ricorre pertanto, ordinariamente, al mattatoio, ove però è quasi un'utopia pensare di fare un salasso, in piena regola, dall'animale prima della mattazione, e per conseguenza già a priori deve considerarsi più o meno inquinato il sangue che si raccoglierà, e il siero che se ne separerà. Spesso anzi non si riesce neppure a prelevare il sangue direttamente dall'animale, pratica questa che, associata alla sterilizzazione dei recipienti di raccolta, quale può attuarsi in qualunque laboratorio, eliminirebbe molti contatti non necessari da parte del sangue, e quindi molte cause di inquinamento del sangue stesso e del siero.

Ma è proprio sempre indispensabile che il siero sia sterile? Se lo è, tanto meglio, però non sempre occorre che lo sia.

Se infatti raccolto il siero entro 24 ore dal salasso, vi si preparano senza indugio i due substrati nutritivi sopra citati, e questi alla loro volta vengono utilizzati subito, o entro pochi giorni dalla preparazione, la presenza di batteri dei comuni inquinamenti non ha alcuna importanza, al pari di quelli che possono capitarvi col tuorlo di uova non fresche, perchè il tellurito di potassio, che vi si trova nella proporzione di circa 1:5000, o riesce ad impedire completamente la moltiplicazione delle specie batteriche inquinanti, ed allora è lo stesso che queste non vi siano, o per lo meno la ritarda, ed allora diminuisce notevolmente, se pure non lo annulla del tutto, il danno che esse potrebbero arrecare all'accertamento diagnostico. Del resto, come ormai conosciamo, è tanto elevata l'elettività dei terreni I) e B) pel bacillo difterico, che quando questo vi capita, si mette facilmente in evidenza qualunque sia, si può dire, il numero dei germi estranei concomitanti, ed è ovvio quindi che non abbia influenza apprezzabile qualche centinaio, o qualche migliaio di germi in più o in meno, che vi vengano eventualmente apportati dal siero.

La sollecita utilizzazione dei mezzi culturali dunque rende non indispensabile la sterilità del siero. Dobbiamo però riconoscere che quello ora considerato non è il caso più frequente, e che d'altra parte è molto più comodo, anzichè ricorrere a procurarsi il siero di volta in volta al momento del bisogno, provvedersene una certa scorta, o meglio ancora conservare già pronti per l'uso i substrati I) e B), come si può fare nel modo altrove indicato e che in seguito ricorderò.

In una mia precedente nota (l. c.) ho fatto conoscere che, invece del siero normale, possono usarsi i comuni immunsieri, che si trovano in commercio, e dei quali sia, o non, scaduta la validità. Ora mi propongo di dimostrare come ci si possa servire anche di siero raccolto non asetticamente, purchè venga convenientemente trattato.

---

(1) M. PERGOLA - Bollettino della R. Accademia Medica di Roma, anno 1920-21.
IDEM - *Il mio metodo di ricerca del bacillo difterico nella pratica dell'accertamento diagnostico della difterite*. Annali d'Igiene, 1922.

(2) Risultano infatti così costituiti:
Siero di sangue (di bue, cavallo, pecora ecc.) cmc. 50; Soluzione di cloruro sodico al 0,8 % cmc. 50; Soluzione di tellurito di potassio al 2 %, cmc. 1; Gialli d'uovo n. 1.

Ho eseguito in proposito varie prove, ponendomi nelle peggiori condizioni pratiche. Ed ecco precisamente in qual modo. Durante il periodo della stagione estiva ho raccolto del sangue, al mattatoio, in comuni recipienti, della capacità di 2-3 litri, lavati soltanto con acqua, senza sterilizzarli. Questo sangue inoltre è stato prelevato non direttamente dall'animale, bensì da altri recipienti, nei quali si suole raccoglierlo al mattatoio, per non lasciarlo disperdere.

Come si vede, in questo primo tempo non ho usato precauzioni atte non dico ad impedire, ma neppure a diminuire le cause di inquinamento del sangue.

Lasciatolo ben coagulare si è poi trasportato in laboratorio, e dopo circa 24 ore si è raccolto il siero.

Solo da questo momento si è cominciato ad usare le più accurate norme di asepsi e di antisepsi, per evitare un ulteriore inquinamento ed eliminare anzi quello già esistente. Perciò, mediante pipetta sterilizzata, si è travasato il siero in boccette Erlenmeyer, pure sterilizzate, nella quantità di circa 200 cmc. per boccetta, aggiungendovi 40-50 cmc. di cloroformio (1). Si è quindi praticata la sterilizzazione, tenendo le boccette in bagno-maria a 55°-60° C, per 30-40 minuti, per 3 giorni consecutivi, e ponendole nel termostato, oppure nella ghiacciaia, o nel refrigerante, nell'intervallo tra una sterilizzazione e l'altra.

Nelle prove che ho fatto, come è risultato anche da apposite indagini culturali, mi è sempre riuscito di sterilizzare, con questo trattamento, il siero, che è stato quindi conservato per utilizzarlo dopo qualche tempo, oppure è stato utilizzato subito per allestirvi i terreni I) e B). A questo scopo, colla miscela nutritiva distribuita nei tubi in quantità conveniente, si è preparato il terreno I), sottoponendola al riscaldamento a 50°-55° C, in bagno-maria, mezza ora per tre giorni consecutivi, ed il terreno B), solidificandola mediante il riscaldamento a 85°-90° C. nel coagulatore, un'ora per due o tre giorni consecutivi. Chiusi i tubi alla fiamma, i due substrati culturali si sono conservati inalterati indefinitamente, dimostrando in tal modo che il trattamento praticato aveva permesso di conseguire l'intento che ci si proponeva, pur partendosi da siero sicuramente inquinato.

Ritengo che nella sterilizzazione così ottenuta spetti molta importanza all'azione combinata del calore e del cloroformio, il quale, dando luogo, per effetto del riscaldamento, ad abbondante produzione di vapori, invade tutta la massa del siero liquido e viene più intimamente a contatto con esso, dispiegando un potere microbicida più intenso e più efficace, che lasciato semplicemente a contatto col siero a bassa temperatura. Tale interpretazione del meccanismo di questa sterilizzazione sarebbe confermata dal fatto che, se sottoponiamo al riscaldamento indicato il siero raccolto in condizioni sfavorevoli, senza aggiungervi il cloroformio, non è raro vi si sviluppi un inquinamento così grave, da renderlo inutilizzabile.

Il presente studio porta pertanto a concludere che, per preparare i substrati I) e B), necessari per la ricerca del bacillo difterico secondo il mio metodo, ci si può servire pure di siero comunque raccolto, purchè convenientemente trattato, e rimangono per conseguenza eliminate le difficoltà, che potevano opporsi all'adozione del metodo stesso presso qualsiasi laboratorio.

Roma, ottobre 1922.

(1) È ovvio che aumentando la quantità di siero deve aumentarsi anche la quantità di cloroformio. Non conviene però suddividere il siero in masse troppo abbondanti, perchè in tal caso la sterilizzazione è meno sicura.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO DI PALERMO - SEZ. CHIRURGICA
diretta dal prof. DILIBERTI HERBIN.

Contributo allo studio dell' ipernefroma

per il dott. FRANCESCO SPECIALE, assistente.

Le speciali formazioni di varia grandezza che spesso si trovano incuneate sotto la capsula del rene o affondate in pieno tessuto corticale e delimitate dal parenchima da una vera e propria barriera connettivale, furono per primo da Grawitz interpretati come germi aberranti di capsula surrenale inclusi nel rene con caratteri tipici di sede (sotto capsulari), di forma cellulare diversa dagli epiteli renali e più avvicinantesi a quelli della surrenale e finalmente il contenuto in grasso degli elementi cellulari.

Altri invece come Zehde, Sisson, ecc. negano un vero e proprio nesso genetico tra tumore del tipo capsulare del rene e germi aberranti di capsula surrenale in esso inclusi e considerano questi come tumori la cui origine è primitivamente renale.

Dirò subito che generalmente ormai è accettata l'origine surrenale di questi tumori.

A. Antonino da Castelvetrano, di anni 47, barbiere, entrato nell'ospedale il 13-2-22. L'infermo riferisce che la madre è sofferente da più anni di disturbi gastrici, della cui natura non sa dare chiare informazioni. Da bam-

bino ebbe i comuni esantemi. A 16 anni si contagiò di ulcera venerea. Dal matrimonio ebbe quattro figli di cui due morirono in tenera età, per causa che l'infermo non sa precisare.

Diciotto anni or sono sofferse per la durata di tre giorni di violenti dolori alla regione lombo-sacrale destra, dolori che il paziente attribuì ad uno sforzo fatto poco prima. Con il cessare dei suddetti dolori emise urine molto torbide e sanguinolente per un periodo di circa quattro giorni, dopo i quali l'urina riprese l'aspetto normale.

L'infermo riferisce di non avere avuto mai febbre nè altri fenomeni degni di nota. Asserisce inoltre di essere stato di buona salute sino a due mesi fa, epoca in cui cominciò, senza causa apprezzabile, a notare nuovamente emissione di urine intensamente sanguinolenti per la durata di circa 48 ore, accompagnate da vivi dolori alla regione lombare destra, come 18 anni fa.

Tali disturbi da allora si ripetono ad intermittenza di quattro a sei giorni. Per queste condizioni entra all'ospedale.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali buone; pannicolo adiposo sviluppato, muscoli trofici. Nulla a carico della testa, del collo, del torace, colonna vertebrale degli arti superiori ed inferiori. All'ispezione dell'addome nulla degno di rilievo.

Alla palpazione in corrispondenza del quadrante superiore D. e del fianco corrispondente si nota una intumescenza della forma e volume di un cedro, con maggiore asse verticale, a superficie bernoccoluta, di consistenza fibrosa, non spostabile neanche nella profonda inspirazione, alquanto dolente alla pressione. Alla palpazione bimanuale del fianco si nota il fenomeno del ballottamento ed è possibile circoscrivere meglio l'intumescenza il cui polo superiore si nasconde sotto l'ipocondrio e l'estremo inferiore si palpa a due centimetri in basso della linea ombelicale trasversa.

La percussione dell'addome in corrispondenza della intumescenza dà un suono timpanico smorzato anteriormente, e la percussione della regione lombare D. mette in rilievo un lievo aumento della superficie di ottusità renale.

Normali gli organi ipocondriaci e nulla rilevasi a carico del fianco sinistro.

Esame delle urine. Quantità delle 24 ore 1100 cc. colorito giallo arancio, peso specifico 1018, reazione acida, tracce minime di albumina. Urea 14 ‰, Cloruri 9 ‰.

All'esame del sedimento si riscontrano abbondanti globuli rossi, qualche cellula ureterale, rari globuli bianchi.

Alla cistoscopia si nota normale la mucosa vescicale e gli sbocchi degli ureteri.

Col cateterismo ureterico si raccoglie qualche goccia di urina sanguinolenta dall'uretere D.; normale l'urina emessa dal rene sinistro che presenta gli stessi caratteri dell'urina globale anche al dosaggio dell'urea e dei cloruri. Costante di Ambard K. 0,066.

La radiografia della regione lombare fa rilevare in corrispondenza della loggia renale D. un'ombra a contorno irregolarmente ovale il cui asse verticale è lungo 10 centimetri e il trasverso circa sei centimetri.

Diagnosi. Dai dati anamnestici, dall'esame obbiettivo e dagli esami speciali praticati nel paziente, sorge evidente la diagnosi di tumore renale D. e precisamente, dato il lungo decorso dell'affezione, si ritiene molto probabilmente trattarsi di ipernefroma.

Stabilitasi quindi la diagnosi generica di neoplasia del rene D. il 27-2-22 l'infermo viene operato dal Primario prof. Diliberti.

Morfio-etero narcosi. Lombotomia D. Si scopre e si isola con difficoltà dalla sua loggia il rene deformato da un evidente neoplasma che invade sopratutto la metà superiore del rene e la capsula surrenale, e si asporta dopo sezione e legatura dell'uretere e applicazione di due klemmer sul peduncolo.

L'infermo ha avuto un decorso postoperatorio buonissimo, afebbrile; dopo 48 ore si tolgono i klemmer e si sutura parzialmente la lunga breccia a due piani. L'operato, guarito chirurgicamente, viene dimesso il 21-3-22.

All'esame anatomo-patologico del rene asportato si ha avuto subito la conferma della diagnosi fatta. Il rene si presenta notevolmente aumentato di volume. La capsula adiposa è abbondante e ben conservata, capsula propria facilmente asportabile; in alcuni tratti essa aderisce al rene e ad una massa nodulare che deforma l'organo verso l'ilo ove fa corpo anche con la capsula adiposa. Tale massa nei tratti ove la capsula è trasparente, appare costituita da lobicini grigio-giallastri, prominenti sulla superficie, della grandezza di una testa di spillo o più; in sezione trasversa si manifesta costituita da masse grigio-giallastre che spiccano su un fondo emorragico. Tale massa si diffonde per tutto l'ilo, ove la neoformazione blastomatosa è riunita in grosso lobo. Alla superficie di taglio in molti tratti sono manifesti tanto la sostanza midollare che la corticale. In altri punti entrambe appaiono invase da una massa neoplastica la quale partendo dalla pelvi, si sviluppa infiltrando i tessuti e sostituendoli. Tale massa ha un aspetto giallo-arancio e si presenta nettamente delimitata dalle parti vicine non invase. La pelvi, i calici maggiori e minori, sono completamente occupati dalla neoformazione.

All'esame istologico, con i comuni metodi e con metodi speciali si ha l'impressione che la massa neoplastica sia divisa in lobulazioni, da setti più o meno spessi, più o meno regolari nel loro decorso. È facile notare nello spessore di questi setti, oltre agli elementi propri, dei vasi sanguigni. Gli elementi del tumore sono disposti a tubuli, variamente intrecciati tra di loro; ora con lume assai visibile, ora meno. Le cellule che vengono a costituire questi tubuli sono grosse, di conformazione assai varia, per lo più a forma di cilindri ovvero rotondeggianti.

Possiedono nuclei voluminosi, conformati molto irregolarmente e talvolta in numero di due e anche tre. La presenza di più nuclei ha fatto pensare a diversi osservatori alle cellule giganti e c'è chi le considera come elemento caratteristico delle forme maligne. Nel protoplasma cellulare oltre al grasso vi si nota glicogene in quantità variabile.

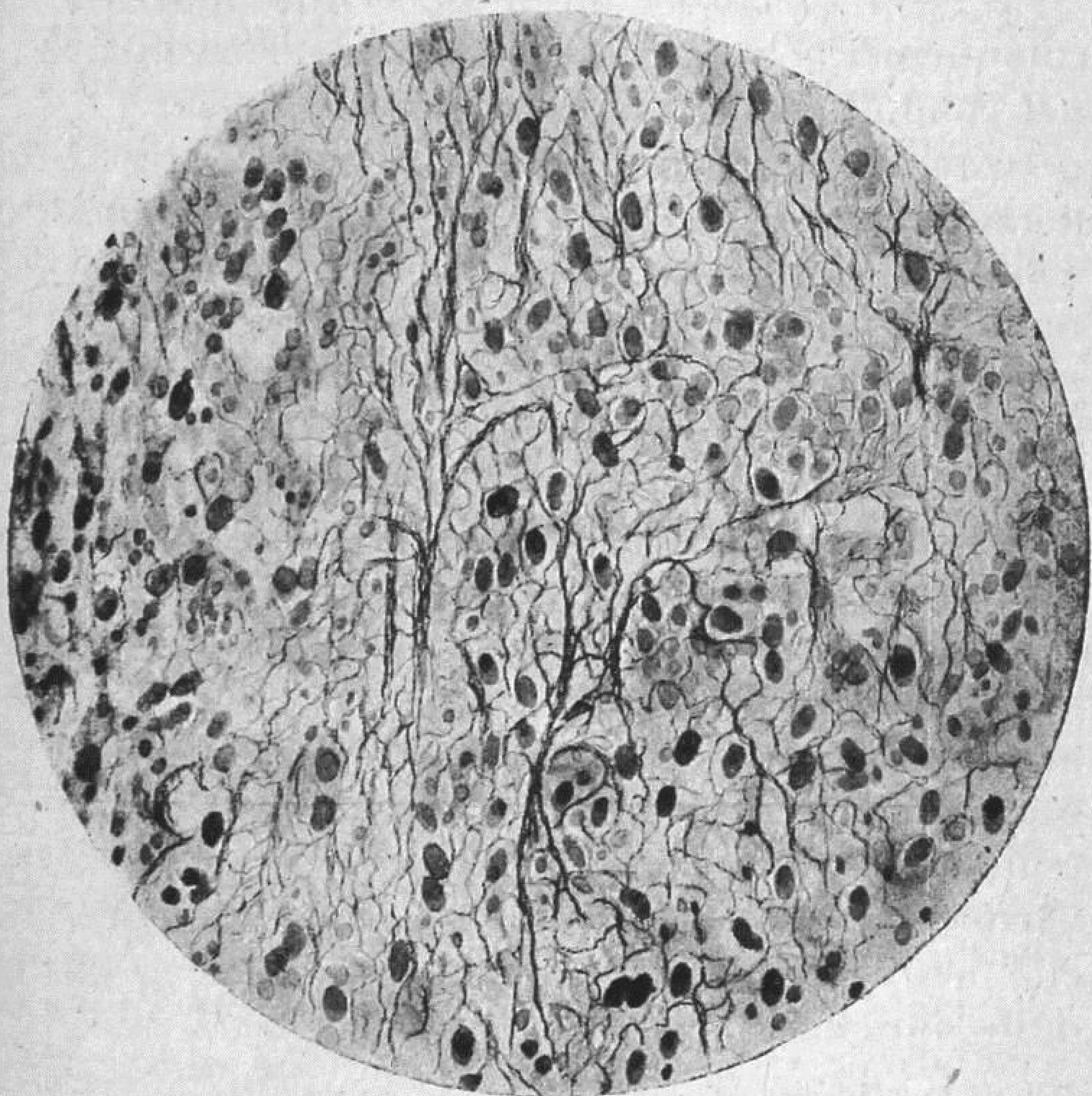
Quanto alle Gitterfasern nell'ipernefroma, gli autori che se ne sono occupati dicono che siano scarsissime o del tutto mancanti.

Lo Zarri che ha avuto occasione di studiarne due casi col metodo Bielschowsky non ha osservato vere e proprie fibre a graticciata; non ha visto fibrille tra le cellule del tumore.

Niosi che si è specialmente occupato del comportamento e della genesi del tessuto reticolare nei tumori, per quanto riguarda gli ipernefromi dice che si comportano come carcinomi, cioè che non esiste fra gli elementi neoplastici.

Gli altri autori non ne parlano.

Ho avuto occasione di studiare questo speciale tessuto nei tumori col metodo Achucarro modificato da Del Rio Hortega, metodo che a preferenza degli altri dà i migliori risultati,



sia nei riguardi della ricchezza e finezza del reticolo che nei riguardi della specificità, perchè mentre colora in mogano il tessuto reticolare, colora in giallo le fibre collagene.

Nell'ipernefroma troviamo che il tessuto reticolare è abbondante ed ha una disposizione molto complicata: è costituito da fibre più o meno sottili che circondano le formazioni tubulari: di più vediamo che questo tessuto penetra nei vari tubuli in modo da separare i singoli elementi cellulari i quali quindi vengono ad essere avvolti come da cestello.

La ricca presenza del tessuto reticolare nell'ipernefroma non è a meravigliare se ci riportiamo all'abbondante vascolarizzazione. Si ha infatti uno stretto rapporto tra i vasi sanguigni ed il tessuto reticolare, fatto che è stato dimostrato da Luna.

Il nostro caso corrisponde benissimo a tutta la sindrome clinica che si verifica nella generalità dei casi di ipernefroma.

Abbiamo notato l'ematuria, sintoma abbastanza frequente e caratteristico; il dolore che nella prima fase era sotto forma di accesso, di colica e poi diventò quasi continuo nell'ultimo periodo; il rene aumentato di volume e deformato. La distanza poi tra i due attacchi di colica, dimostra il lento decorso dell'affezione che è anche tipico per i tumori renali.

L'esame anatomo-patologico del rene e l'esame microscopico hanno confermato la diagnosi fatta e c'inducono a pensare con molta verosimiglianza, secondo l'interpretazione di Grawitz, che si tratti di germi aberranti della capsula surrenale, inclusi nel rene. E' ciò sia per la sede, essendo sottocapsulare, sia per la forma cellulare diversa dagli epiteli renali e per il contenuto in grasso degli elementi cellulari.

Ho creduto opportuno illustrare questo caso clinico, gentilmente cedutomi dal primario Prof. Diliberti e al quale porgo sentiti ringraziamenti, sia perchè risponde tipicamente alla sintomatologia dell'ipernefroma che per dimostrare la presenza del tessuto reticolare.

Tessuto reticolare col metodo Achúcarro modificato da Del Rio Hortega Ingrandimento × 500 ridotta di 1/3.

BIBLIOGRAFIA.

ACHUCARRO. *Procedimento del tanino y la plata amoniacal.* Trabayos, t. IX.
BARBACCI. *I tumori.* Milano, 1915.
CRISPOLTI. *Gli ipernefromi.* Perugia, 1906.
DEL RIO HORTEGA. *Nuevas reglas para la coloracion constante de las formaciones conectivas por el metodo de Achucàrro.* Trabayos t. XIV.
GRAWITZ. Citato da BARBACCI.
NIOSI. *Sul comportamento e genesi delle fibre a graticciata nei tumori.* Tumori, vol. III, 1914.
SISSON. Z's Beitr. 49, 1910.
SPECIALE. *Il tessuto reticolare nei tumori.* Accad. Scien. Med., marzo 1922, Palermo.
ZARRI. Clinica chirurgica, 1913.
ZEHDE. V's. Archiv, 201, 1910.
LUNA. *Studio sul tessuto reticolare.* Ricerche di morfologia, vol. I, fasc. 3.

NOTE E CONTRIBUTI.

Larve di mosche nel condotto uditivo esterno.

Dott. ROSARIO SACCO.

Non sono rari i casi di larve di mosche nel condotto uditivo esterno, nè sono così frequenti da essere considerati come evenienza usuale nella pratica comune.

Le prime osservazioni risalgono agli antichi cultori di medicina (Galeno, Aezio, Hildano, Valsalva, ecc.). Morgagni nella XIV lettera del 1° Libro descrive un caso di larve di mosche, rinvenute nell'orecchio di una signora.

Il caso clinico, che sto per descrivere, pur non apportando nuove vedute etiologiche servirà come contributo curativo a questa accidentale infermità.

C. Giuseppe, d'anni 14 da Catanzaro.

Nessuna preesistente malattia di orecchio. Da cinque giorni il paziente si lamenta di ronzio continuo e di dolore all'orecchio destro. Vi avverte inoltre, spesso una speciale sensazione che il C. paragona «allo strofinio di un oggetto arido a contatto dell'orecchio». Tale sensazione diviene più molesta, quando il paziente scuote o «titilla» l'orecchio.

A nulla sono valse varie lavande di acqua comune praticate in casa.

E. O. — Di regolare sviluppo fisico ed in buono stato di nutrizione generale.

Condotto uditivo esterno destro arrossito, senza pus. Valsalva negativo.

All'esame otoscopico chiaramente si distingue nella porzione profonda del condotto uditivo una massa biancastra semovente, costituita da quattro piccoli vermi, i quali, disposti secondo l'asse del condotto e brulicando vivamente come per nascondersi più profondamente, otturano il condotto uditivo da non lasciar vedere la membrana timpanica.

Infruttuosi i tentativi per estrarre interi i vermi, sulla guida dell'otoscopio, con lunga e sottile pinza a gomito ed inutili ancora le ripetute lavande di acqua tiepida con adatta siringa.

Falliti questi mezzi e volendo evitare di spezzettare le larve — lateralizzata a sinistra la la testa del paziente — ho riempito il condotto uditivo di glicerina semplice nella speranza di poterne ottenere una più facile estrazione.

Non tardò invece a verificarsi la spontanea esteriorizzazione delle larve.

Con la pinza mi fu dato allora di estrarle facilmente nel momento in cui, con movimento retrogrado tentavano di venir fuori dal liquido denso nel quale trovavansi immerse.

Le larve erano della grandezza di un piccolo seme di pigna, annulate e fornite di vari uncini (larve della mosca sarcophaga carnaria).

Fra i tanti corpi estranei che possono penetrare accidentalmente nel condotto uditivo, sono stati indicati diversi oggetti (chicchi di grano, di granone, semi di carrubba, perle di orecchini ecc.) e varii insetti.

Non è soltanto la *pulce*, che saltellando può cadere nel condotto uditivo e rimanervi impigliata nel sottile strato di cerume, nè il *moscherino*, che vi è sospinto dal vento, ma varie altre specie di insetti possono trovare nel condotto uditivo un eventuale rifugio.

Le *cimici* hanno forse il primato. In alcune regioni calde ed in certe abitazioni, nelle quali le norme igieniche più elementari sono trascurate, i casi sono abbastanza frequenti.

La *zecca dei cani*. La dimestichezza del cane con l'uomo agevola il passaggio del parassita dalla pelle dell'uno sulla cute dell'altro.

Le *formiche*. Facilmente durante la mietitura del grano sono causa d'intensa molestia ai contadini, che si addormentano per terra nella vicinanza dei covoni.

Le *larve di mosca*. Le mosche alle quali più comunemente appartengono le larve riscontrate nel condotto uditivo sono la lucilia caesar e la sarcophaga carnaria. Si sa, che, mentre la maggioranza delle mosche ha una evoluzione completa, passando prima di essere insetto formato per gli stadii di uovo, larva e ninfa, la sarcophaga è l'unica specie che emette direttamente larve viventi, che crescono rapidamente e in pochissimi giorni. Morgagni nella lettera citata raccomanda «di non addormentarsi mai durante il giorno nella stagione estiva ed autunnale senza avere turato l'orecchio dove esiste l'ulcera. Difatti, allettate le mosche dalla sanie e dalla carne ulcerosa entrano in questo organo ed all'insaputa dell'individuo vi depongono o delle uova da cui poscia sviluppansi dei vermi o dei piccoli vermi medesimi... imperocchè simili insetti non traggono origine, che dalle mosche».

La *furficula auricularis* (perceoreille): (Ravaton, Rau).

Un grillo: (Hildano).

Un millepiedi: (Lauren, Hillairet).

Le blatte: (Tanturri).

Tormentosi disturbi sono prodotti dagli insetti, quando siano giunti nella profondità del condotto uditivo, poichè i movimenti dell'insetto contro la membrana del timpano danno le più violente sensazioni uditive. Queste sensazioni sono più accentuate, quando gli insetti sono capaci di ledere in un modo qualsiasi il tessuto sensibilissimo della membrana timpanica.

Fra i sintomi sono da considerare il dolore locale, il ronzio continuo e la pseudosordità. A questi sono da aggiungere i sintomi generali (inquietudine, insonnia, febbre) ed i sintomi riflessi (vomiti, convulsioni, delirio).

E accenno a questi soltanto perchè, di leggieri si intende a quali complicazioni anche mortali (leptomeningite) possano condurre gli insetti, attraverso facile infezione timpano-cranica, quando abbiano perforato ed oltrepassato la membrana timpanica.

I mezzi curativi adoperati per estrarre dal condotto uditivo gli insetti sono molti.

Senza tener conto del consiglio di Plinio che per estrarre gli insetti dall'orecchio, raccomandava di «inspuere auribus» o di quello di Vidal, che consigliava di «porgere all'insetto un'esca per attrarlo fuori dal condotto (gocce di latte alla forficula e carne alle larve di mosche)», certamente l'irrigazione di acqua tiepida è il mezzo più antico (auriculario clistere di Celso). Il lavaggio con adatto schizzetto agisce per vis a tergo, perchè, essendo ovale il lume del condotto uditivo e per lo più non sempre interamente occluso dall'insetto, il getto dell'acqua penetra per lo spazio rimasto libero e refluisce dal lato della membrana, spingendo in fuori l'«ospite molesto».

Non sempre però l'irrigazione corrisponde allo scopo. Se il condotto uditivo è completamente otturato o la membrana è perforata, il lavaggio non solo viene praticato senza alcun risultato, ma può anche essere causa di danni maggiori.

Alla azione meccanica dell'acqua si è voluto aggiungere anche l'azione tossica di varie sostanze venefiche. Ed i risultati con la soluzione di bicloruro di mercurio (1/2000) se sono stati buoni per le cimici (Tanturri), sono stati incerti per le larve di mosche. Il De Rossi anzi, riferisce «che le larve di mosche difficilmente escono dal condotto uditivo con le irrigazioni perchè rimangono spesso attaccate al loro posto, malgrado l'uso di sostanze atte a produrre la loro morte.

Sono stati pure usati per uccidere le larve di mosche il cloroformio (Scheibenzuber), la trementina, l'olio (Heine), l'alcool, l'etere, seguiti da irrigazioni di acqua calda. Altri hanno suggerito l'uso di sostanze resinose (Hocker), la colla da falegname (Lowemberg) portate nel condotto uditivo con un piccolo batuffolo di cotone fissato su uno specillo ed ultimamente la ambrina per estrarre qualsiasi corpo estraneo (De Kerangal). Vari poi sono i ferri chirurgici adoperati per l'estrazione dei corpi estranei e degli insetti dal condotto uditivo (pinze a denti piegate ad angolo — Duplay, De Rossi — uncini a cucchiai speciali — leve di varie forme — lacci di sottile filo metallico, ecc.).

Ma, a prescindere dalle eventuali lesioni, che coi detti ferri chirurgici possono essere prodotte nella membrana del timpano, non sempre vengono efficacemente adoperati contro le larve di mosche, perchè «esse si fissano sul posto sia per mezzo degli uncini, come per mezzo delle punte cornee, di cui è fornito il corsetto e difficilmente si lasciano staccare dalla sede, ove si sono fissate» (Gruber).

Dal caso clinico si può dedurre che:

1. Nell'orecchio dell'infermo, mentre questo dormiva, dovettero essere deposte le uova o le larve di una mosca scaroph.

2. I pochi giorni intercorsi dallo inizio delle sofferenze al giorno della visita furono sufficienti per lo sviluppo delle larve.

3. Per quanto non fosse stato possibile una esatta determinazione della specie della mosca è da ritenersi che le larve estratte dovessero appartenere alla specie sarcophaginee, come quelle più comunemente riscontrate dagli osservatori in simili casi.

4. L'uso della glicerina semplice, a confronto degli altri mezzi di cura, offre i seguenti vantaggi:

a) costringe la larva ad esteriorizzarsi;

b) lubrifica il corpo della larva e la cute sulla quale essa si era fissata, permettendone un facile distacco;

c) si scioglie facilmente nell'acqua e perciò il condotto uditivo con una semplice irrigazione può rimanere ben deterso;

d) oppure, qualora il caso lo richieda, ne può rimanere cosparso il condotto uditivo per curare l'eritema cutaneo e l'irritazione della membrana del timpano, provocati dalla presenza delle larve medesime.

BIBLIOGRAFIA.

DE ROSSI. *Le malattie dell'orecchio*. Pellas, Genova.

HARTMANN A. *Malattie dell'orecchio*. Vallardi, Milano.

TANTURRI. *Formulario di Pratica otorinolar.* 2ª ediz.

DE KERANGAL. Revue de Laringologie, Otologie, etc., 1922.

TILLMANNS. *Patologia Chirurgica*. Vallardi, Milano.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Ipofunzione ed iperfunzione delle ghiandole endocrine.

(A. J. CARLSON Ph O., M. D. *The Journal of the American Medical Association*, 8 luglio 1922).

Allo stato attuale delle nostre conoscenze le prove per dimostrare una diminuita funzione endocrina non possono essere che indirette o biologiche. Mancano infatti tuttora metodi chimici per dimostrare direttamente nel sangue e nei tessuti la presenza e le variazioni quantitative dei prodotti endocrini e secondariamente di quelle sostanze (ormoni, tossine) che in maggior quantità si producono in seguito a diminuita o soppressa funzione di organi a secrezione interna.

Nel campo clinico alcune determinate lesioni delle ghiandole endocrine di natura tubercolare, degenerativa o atrofica, producono speciali condizioni corrispondenti a vere e proprie sindromi ipofunzionali. Così l'ipotiroidosi e la tiroidosi conducono al cretinismo e al mixedema, la distruzione totale o quasi della corteccia surrenale conduce al morbo di Addison, la degenerazione cistica della ipofisi è seguita da infantilismo, la distruzione di notevole porzione del pancreas da diabete. Similmente la castrazione in ambedue i sessi produce, nell'età giovane, infantilismo sessuale, e, nell'età adulta, perdita dello stimolo sessuale e progressiva scomparsa della maggior parte dei caratteri sessuali secondarii.

Naturalmente più difficili a riconoscere si presentano gli stati ipofunzionali di lieve grado nei quali sogliono mancare le prove necessarie per stabilire l'etiologia endocrina.

Nella questione della cosidetta iperfunzione manca un'esatta conoscenza dei rapporti intercorrenti tra essa e gli stati morbosi che ne dipenderebbero. A mo' di esempio siamo ben lungi dal conoscere le relazioni tra iperfunzione tiroidea e gozzo tossico, tra iperfunzione ipofisaria e acromegalia, e tra iperfunzione delle ghiandole genitali e disordini della vità sessuale. E al permanere dell'oscurità sulla questione concorre anche la mancanza di metodi atti a svelare la presenza delle secrezioni endocrine nel sangue.

Insoluto parimente è tuttora il problema delle modificazioni funzionali delle ghiandole endocrine sotto il controllo del sistema nervoso. Soltanto per le surrenali, a prova della loro dipendenza dal controllo nervoso, è stato visto che, resecando i nervi che vi si distribuiscono, si ottiene una diminuzione o addirittura un arresto della secrezione adrenalinica: ma per le altre ghiandole, tiroide compresa, i dati di cui disponiamo sono poco attendibili, sia perchè contraddittorii, sia perchè privi di conferma. Ad ogni modo è pensiero dell'A. che, ammettendo l'esistenza di nervi secretorii endocrini, il loro ufficio nelle varie attività ghiandolari sia trascurabile, poichè, diversamente, la resezione di essi porterebbe i suoi effetti sulle funzioni dell'organismo e sarebbe seguita da cambiamenti nelle ghiandole stesse; il che, ad eccezione delle surrenali, non è stato per nulla dimostrato.

Lo studio delle correlazioni interghiandolari, ovverosia delle influenze inibitrici e stimolatrici tra ghiandole endocrine in rapporto ai differenti stati funzionali, ha dato fino ad ora risultati quanto mai diversi e discordi. Non abbiamo infatti a tutt'oggi prove che l'ipo- o l'iperattività di alcun sistema endocrino, all'infuori della singola ghiandola interessata, possa essere capace di influenzare l'attività di altre ghiandole inducendo, ad esempio, funzioni vicarianti o prevenendo il manifestarsi di sindromi legate ad alterata funzionalità di altri organi endocrini.

Erronea deve ritenersi la tendenza a considerare l'iperplasia delle ghiandole a secrezione interna quale prova di iperfunzione delle medesime. In tali casi l'esame dei reperti istologici non ci offre criterii sicuri e sufficienti per giudicare dello stato funzionale dell'organo, nè, d'altro lato, possediamo mezzi investigativi per determinare la quantità di ormoni presente nel sangue e nelle cellule.

Quanto alle prove dell'influenza organo-terapica e roentgenterapica sulle funzioni endocrine; per la prima, fatta eccezione per l'ormone tiroideo, per l'adrenalina e per gli estratti ipofisarii, la letteratura ci offre finora poco o niente di conclusivo. E ciò non sorprenderà se si consideri che l'organoterapia non potrà avere effetto alcuno, in primo luogo su malattie dovute ad alterazioni di ghiandole con funzione essenzialmente disintossicante, secondariamente nel caso di ghiandole produttrici di ormoni: 1) qualora questi non vengano accumulati; 2) qualora essi siano troppo instabili per essere isolati chimicamente; 3) qualora, somministrati per via orale, vengano distrutti durante i processi digestivi e di assorbimento.

Per la roentgenterapia, nonostante alcuni risultati positivi ottenuti nell'applicazione di piccole dosi di raggi in casi di diminuita fun-

zionalità pancreatica (diabete) e ipofisaria (sindrome adiposo-genitale del Fröhlich), dobbiamo concludere che l'azione stimolante radioattiva dovrà essere ulteriormente sperimentata e in condizioni da permettere l'esatta misurazione dei risultati raggiunti.

Quanto infine all'etiologia dell'aplasia e iperplasia delle ghiandole endocrine, oltre alle comuni cause di origine neoplastica, degenerativa o tubercolare, fattori primarii possono rappresentare l'ereditarietà, l'intossicazioni, l'alterato metabolismo, le infezioni e la nutrizione deficiente o mal regolata. Riguardo alle influenze di quest'ultima è da notarsi come alcune ghiandole endocrine vi siano specialmente sensibili e come sia accertato essere necessaria la presenza di una certa quantità di iodio nell'alimentazione per mantenere la normale attività tiroidea.

Ma occorre rilevare che in questo difficile campo etiologico le ricerche sono state completamente trascurate, mentre invece la maggiore attenzione si rivolgeva alle applicazioni terapeutiche dei prodotti endocrini, lavoro meno difficile, più appariscente e spesso, purtroppo, compiuto ai soli fini speculativi.

M. AGOSTINI.

Rapporti tra secrezioni interne e metabolismo.

(JOSEPH C. AUB, M. D. *The Journal of the American Medical Association*, 8 luglio 1922).

L'influenza delle funzioni endocrine si svolge piuttosto che sui singoli componenti del metabolismo, quali gli idrati di carbonio o i sali, sull'intera termogenesi animale. È verosimile che soltanto alla tiroide e alle surrenali spetti il compito principale nel regolare il complesso equilibrio metabolico, mentre le altre ghiandole endocrine, quali le gonadi e la pituitaria, agirebbero soltanto attraverso la stessa tiroide alla quale reciproci rapporti le legherebbero.

La tiroide, con la sua azione stimolatrice, rappresenta un fattore primario negli effetti sul ricambio materiale. E varie e numerose sono eziandio le prove sull'ufficio regolatore delle ghiandole surrenali. I prodotti di secrezione dei due organi, la tiroxina (sostanza che ritiensi costituita da puro ormone tiroideo) e l'adrenalina, non hanno dipendenza alcuna tra loro nel meccanismo d'azione. I risultati delle esperienze dimostrano infatti che l'azione termogenica della tiroxina si manifesta anche dopo l'asportazione delle ghiandole surrenali e, a sua volta, quella dell'adrenalina si manifesta anche dopo l'estirpazione della tiroide.

Differenti sono i rapporti di tempo con i quali si esplicano le azioni dei due prodotti. Propria infatti delle surrenali sarebbe la produzione di effetti rapidi, mentre la tiroide rappresenterebbe un regolatore più lento del ricambio materiale. Le surrenali agirebbero con i loro prodotti nello spazio di minuti e i loro effetti si dileguerebbero rapidamente, la tiroide invece manifesterebbe la propria azione dopo molte ore ed i suoi effetti avrebbero la durata di giorni.

Ben poco si sa intorno al meccanismo di azione sul metabolismo dell'adrenalina e della tiroxina. Gli esperimenti compiuti per l'una sul cuore e sui muscoli isolati provano una azione diretta stimolatrice sulle terminazioni nervose dei muscoli o sulle cellule muscolari stesse. Per la tiroxina invece non esistono tuttora ausilii sperimentali alla teoria della sua azione termogenica mediante stimolazioni dirette sulle cellule. Il metodo col quale la secrezione tiroidea eccita il metabolismo non è ancora conosciuto; nè l'attività, nè i tremori, nè il tono muscolare che si verificano nell'ipertiroidismo spiegano, ad esempio, l'elevato metabolismo proprio di tale sindrome. Gli esperimenti sugli animali in cui, in seguito a iniezioni di tiroxina, il metabolismo elevavasi del 50 %, hanno dimostrato che, anche nell'anestesia uretanica e dopo la resezione dei nervi degli arti, allorchè cioè la possibilità di ogni tono derivante dai nervi a mielina o simpatici veniva praticamente eliminata, il valore del metabolismo conservavasi alla stessa altezza senza ritornare al livello originario.

È chiaro quindi che il meccanismo d'azione sul ricambio della secrezione tiroidea ha bisogno di ulteriori studi e ricerche.

M. AGOSTINI.

Principii di endocrinologia applicabili all'organoterapia.

(R. G. HOSKINS, PH. D., M. D. *The Journal of the American Medical Association*, 8 luglio 1922).

Esistendo tuttora molto empirismo e molta confusione nel campo dell'endocrinologia, non sembra opportuno all'A. cominciare col chiedersi che cosa sia un organo endocrino. Tre condizioni lo determinano: 1) un quadro istologico e citologico proprio di una struttura secernente; 2) la produzione di una sostanza attiva la quale potrà essere un ormone; 3) la presenza del principio secreto nel circolo sanguigno o linfatico. Quest'ultima condizione non è stata però ancora dimostrata per la quasi totalità degli organi endocrini.

Assai esiguo deve oggi ritenersi il numero di ghiandole per le quali esistono prove sulla produzione di ormoni. Quale il valore clinico dei prodotti ghiandolari oggi ottenuti? Per determinarlo con sicurezza sarebbe anzitutto opportuno l'uso da parte dell'industria farmaceutica di un metodo unico di manifattura e di saggi. Bisognerebbe poi che nella pratica si usassero unicamente preparati ghiandolari già adottati per periodi di tempo considerevoli e si facesse uso di sostanza ghiandolare fresca. Non essendo però ordinariamente possibile soddisfare a quest'ultima richiesta, potrebbe usarsi, nella maggioranza dei casi, materiale disseccato non sottoposto ad alcun processo di estrazione e a nessun trattamento chimico. In tal modo si otterrebbero numerose prove sull'efficacia di sostanze ghiandolari inalterate e si costituirebbe la base per determinare il valore dei singoli prodotti.

Di speciale importanza è il tener conto delle varie condizioni capaci di modificare le reazioni alla somministrazione di un dato ormone. Notevole, nel caso dell'adrenalina, che le reazioni vaso-motorie possono svolgersi in senso diametralmente opposto in dipendenza dalla pressione sanguigna iniziale, dalla vitalità e temperatura del corpo e dalla profondità dell'anestesia. Modificando la dose dei preparati tiroidei si può invertire la reazione da anabolica a catabolica. Gli estratti pituitari svolgono la loro azione favorendo o inibendo la diuresi secondo speciali condizioni del momento.

I prodotti organoterapici possono essere usati per le loro proprietà farmacologiche specifiche e non specifiche. Nel primo caso lo scopo della loro somministrazione potrà essere quello di compensare addizionalmente la deficienza di un dato ormone (es.: la terapia tiroidea nel mixedema), di stimolare l'organo ghiandolare omonimo, o di inibire funzioni ghiandolari antagoniste. Tuttavia le possibilità di applicazione di questi tipi di terapia rimangono tuttora in gran parte da stabilirsi.

I più importanti prodotti endocrini usati per le loro proprietà farmacologiche non specifiche sono oggidì l'adrenalina, l'estratto pituitario e l'ormone tiroideo. L'estratto pituitario sembra indicato in tutte quelle condizioni sulle quali occorre un leggero stimolante muscolare; l'ormone tiroideo quale stimolante cellulare in genere.

La questione del dosaggio in organoterapia è veramente imbarazzante. Oltre alla variabilità dei prodotti, bisogna far calcolo della variabilità dei soggetti. Basti dire che nella pratica corrente alcune sostanze organoterapiche vengono prescritte e somministrate in dosi oscillanti da pochi centigrammi ad alcuni grammi!

Sulla somministrazione dei prodotti endocrini separatamente o in combinazione, regna attualmente grande disparità di opinioni. A tal riguardo, quali possano essere le combinazioni di affezioni ghiandolari nelle varie endocrinopatie, è ovvio ritenere che, ordinariamente, qualcuna delle ghiandole deve essere stata colpita per prima. Posta su tal punto una diagnosi esatta, la terapia uniglandolare potrà dare brillanti risultati. D'altro lato però se, come alcuni sostengono *a priori*, le sindromi endocrine sono sempre o, almeno di solito, pluriglandolari, i migliori risultati potrebbero ottenersi colla somministrazione di un'opportuna combinazione pluriglandolare. Praticamente una terapia pluriglandolare razionale richiede un gran numero di differenti combinazioni e queste in proporzioni varie per ogni caso, secondo il grado di interessamento di ciascuna ghiandola e la suscettibilità individuale.

Concludendo l'A. pensa che per risolvere gli intricati problemi di terapia endocrina ci si dovrebbe basare su dati statistici. A ciò servirebbe la raccolta e la riunione di un numero molto considerevole di osservazioni, positive e negative. A tale scopo l'A. propone di fondare degli istituti appositi per ricerche endocrine, i quali, dotati di larghi finanziamenti, dovrebbero comprendere ospedali forniti di personale e mezzi adatti per compiere ogni più moderna ricerca diagnostica e applicazione terapeutica.

M. AGOSTINI.

Contributo allo studio della pazzia ovaripriva.

DI BERNARDO (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1922, n. 2).

L'ovaia oggidì è considerata concordemente come una glandola a secrezione interna, di cui i prodotti sono se non indispensabili, assai utili al funzionamento dell'organismo femminile ed all'equilibrio delle varie funzioni fra loro. E tutti gli AA. sono concordi nell'ammettere l'esistenza di disturbi di natura nervosa consecutivi alla castrazione.

L'autore ha rilevato in alcune donne del suo reparto sottoposte ad ovariectomia bilaterale per malattie degli annessi la comparsa di disturbi psiconevrosici.

Una donna di anni 25 viene operata di annessectomia bilaterale per cisti dell'ovaio, ovarosalpingite bilaterale, e parametrite cronica. La paziente ebbe subito dopo l'operazione, lie-

vi disturbi da etere. Il giorno dopo si lamentò di vampe di calore al viso, di un senso di agitazione, ed altri molesti sintomi. Nei giorni seguenti i fenomeni si aggravarono: l'eccitazione psichica divenne intensa, agitazione epilettiforme, violenza contro le persone, perdita subtotale della conoscenza, vaniloquio, grida.

Tentato invano i bromuri ed il cloralio, si somministrò un preparato ovarico: dopo l'ingestione delle prime 4 tavolette di endovarina i fenomeni si attenuarono, e continuato tale medicamento in 10 giorni scomparve qualsiasi disturbo. La malata guarì completamente.

Una seconda paziente, trentenne, viene operata di isteromiomectomia ed annessectomia bilaterale.

L'operata passa la giornata e la notte tranquilla, ma il giorno dopo la febbre (38°.8) che persiste nei giorni seguenti, continua, lievemente remittente.

A poco a poco l'a. dimostra un certo stato di stupore, con sguardo fisso, e durante la notte si nota qualche periodo di lieve agitazione. L'esame obiettivo all'infuori di una dolorabilità alla palpazione delle fosse iliache in corrispondenza dei monconi, riesce negativo. In settima giornata la p. è in preda a delirio, vaniloquio, perdita della conoscenza, e successivamente la p. va incontro a manifestazioni di vera e propria pazzia. I rimedi calmanti a nulla valsero, onde pensando all'osservazione precedente l'A. fu tratto a somministrare anche a questa malata dell'endovarina, in seguito alla quale si ebbe la progressiva scomparsa dei sintomi morbosi. Importante fu il fatto che con la scomparsa dei sintomi psichici si ebbe anche la scomparsa della febbre. Tornata a casa la p. fu di nuovo visitata dall'A.: nei primi mesi dopo l'operazione i disturbi presentati si possono riassumere così: notevole insonnia, sogni con incubo, vampe di calore al viso, idee sconnesse, pianto depressivo. Incoscienza del proprio stato. Ad un anno e mezzo di distanza permangono le stesse condizioni.

L'A. si dilunga sull'interpretazione delle sindromi presentate dalle p. e giunge alle seguenti conclusioni:

1° Esiste una sindrome di psicosi consecutiva alla castrazione nella donna dopo la pubertà, determinata dalla interruzione brusca della funzione ovarica.

2° Tale sindrome non ha nulla a che vedere con il delirio postoperatorio da trauma, da processi infettivi, tossici, da vari autori descritti.

3° L'ovaio, glandula endocrina, solidalmente legata alla funzione delle altre glandule a secrezione interna (tiroide, ipofisi, cortico-surrenale, miometrale?) rappresenta un anello della catena nel sistema ormonico interglandulare, la cui interruzione provoca un disequilibrio nella funzione organica, con alterazioni in special modo del sistema nervoso, con il quale è in stretta relazione.

4° Tale solidarietà funzionale nel sistema ormonico, spiega la varietà, l'intensità e la durata delle manifestazioni nervose, ammettendo un potere di adattamento quasi una funzione vicariante fra le diverse glandole, che tende ad attenuare o ad annullare, nel grado e nel tempo, la comparsa dei disturbi cui diede luogo la primitiva brusca interruzione di un segmento della catena (ovaio).

5° La varietà, la durata ed il grado dei disturbi che sono compresi in una estesa gamma di gradazione spiega il diverso valore e l'importanza che i vari osservatori attribuiscono ai fenomeni generali della castrazione, che, insignificanti e trascurabili per alcuni, sono ritenuti temibili da altri donde il precetto sostenuto da questi ultimi, della conservazione totale o parziale dell'organo nei casi in cui ciò riesca possibile.

6° L'ereditarietà, le tare costituzionali nervose, personali, l'alcoolismo, rappresentano un terreno favorevole per lo sviluppo dei disturbi psichici e mentali, ma pur tuttavia secondari alla causa determinante principale, che è costituita dalla insufficienza ovarica.

7° La ipertermia, osservata in una delle malate, va interpretata, potendosi con sicurezza escludere altra causa, come manifestazione dipendente dalla insufficienza ovarica. È stato infatti dimostrato che detta alterazione è fenomeno riscontrato negli stati di insufficienza o di iperfunzione delle glandule endocrine, in relazione con l'influenza che esse esercitano sui processi ossidativi dell'organismo.

8° Pur ammettendo che i fenomeni di pazzia ovaripriva rappresentino una manifestazione poco frequente è giusto riconoscere che l'organo, quando ciò sia possibile, va in toto od in parte rispettato, eseguendo in caso contrario degli innesti autoplastici.

MONTELEONE.

Nel 3° fascicolo (1° marzo 1923) della nostra **SEZIONE MEDICA,** pubblicheremo:

LAVORI ORIGINALI:

D. PISANI: **La reazione del mastice sul liquor.**

A. FERRARO: **Ancora sulla reazione del benzoino colloidale sul liquido cefalo rachidiano.**

O. D'ALLOCCO: **Ulteriore contributo sui tumori cerebrali.**

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA:

G. FUMAROLA: **"I tumori del lobo temporale"** per G. ARTOM.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. WIENER. *Propédeutique et technique urologiques.* — Paris, Masson & C.e, 1922

Questo manuale, secondo quanto dice l'A. nella prefazione, è destinato ai medici pratici: infatti tutta la materia vi è svolta, cominciando dalle nozioni più elementari della anatomia e fisiologia dei reni e delle vie urinarie, sempre con metodo e scopi evidentemente pratici. Colma anche una lacuna, nel Belgio, come scrive l'A.: anche in Italia riuscirà di vantaggio, poichè ogni esame e manovra urologica viene in generale riservata allo specialista.

Ogni giorno invece il medico pratico si trova di fronte a malati urinari ed è per questo che la moderna tecnica urologica deve essere conosciuta dai pratici, e alcuni esami e manovre urologiche devono far parte della loro pratica quotidiana, per facilitar loro l'elaborazione di una diagnosi esatta senza la quale non può esservi terapia razionale.

Nel manuale del Wiener vengono trattati nei primi capitoli i metodi di esame delle urine e delle secrezioni genitali. I capitoli successivi sono dedicati alla strumentazione urologica e ai metodi speciali di anestesia.

L'A. descrive poi con molti dettagli la semeiotica e i mezzi di indagine e di cura nelle affezioni del sistema uro-genitale, con speciale riguardo ai metodi di esame funzionale del rene e non solo nelle malattie chirurgiche, ma anche in quelle mediche. Gli ultimi capitoli trattano le sindromi urinarie e i procedimenti più moderni di diagnosi biologiche usati in urologia. M. A.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Urologie. Thieme, Lipsia 1922, pag. VII-361, fig. 30. Lire ital. 41.25 (suscettibile di aumento). Atti del V Congresso di Urologia in Vienna (29 settembre-1° ottobre 1921).

Giuntici con notevole ritardo, gli atti del V Congresso di Urologia tenutosi in Vienna, espongono per esteso la ricca messe di lavori discussi nel breve periodo di tre giorni. Numerosi sono gli argomenti trattati tra i quali trovano menzione la patologia, la sintomatologia clinica, la diagnosi, la cura dell'idronefrosi: vari articoli riguardanti la tubercolosi del tratto urinario, la sua guarigione spontanea, la cura della tubercolosi renale bilaterale ed ancora una lunga teoria di ricerche su argomenti vari, quali il rene a ferro di cavallo, l'anatomia chirurgica della vescica e degli ureteri in rapporto a resezioni estese, diverticoli vescicali, la radiodiagnostica e radioterapia nella urologia, la tecnica della pielografia.

Più di uno di questi lavori, che in genere sono stati riassunti per gli atti ed hanno trovato posto per isteso nei giornali scientifici, è accompagnato da figure, fotografie e schemi. Non è possibile dare neanche un accenno, sia pur breve dei 70 lavori pubblicati; basti dire come accanto alle cognizioni già acquisite e di dominio comune si trovano qua e là idee nuove e particolari notevoli che possono interessare non soltanto coloro che si siano dedicati esclusivamente alla urologia, ma anche a chi, questa branca coltivi, tra le altre, con interesse e predilezione. E. MINGAZZINI.

LEGUEU F. *Cliniques de Necker.* (Deuxième série. Paris, A. Maloine et fils. 1922. 26 fr.).

Le principali lezioni tenute dal Legueu durante il periodo 1918-1921 sono raccolte in questo volume, continuazione dell'altra serie dello stesso autore pubblicata nel 1917.

Gli argomenti svolti in queste lezioni si presentano particolarmente interessanti non per lo specialista ma anche per il medico pratico, e nella compilazione l'A. ha avuto di mira l'esposizione e la difesa di idee e di metodi nuovi.

Nel capitolo riguardante i metodi di esplorazione dell'apparato urinario, dà particolare sviluppo alla cistoradiografia ed alla pielografia nelle cisti idatidee del rene; negli altri capitoli tratta dei traumatismi, delle malformazioni, della tubercolosi, con speciale riguardo alle grandi ematurie; della calcolosi, della malattia prostatica, della tecnica operatoria, esponendo i nuovi metodi nel trattamento delle fistole vescico-vaginali, e nelle varie plastiche.

Alla esposizione chiara e ricca di osservazioni cliniche, sono aggiunte numerose figure nitide e particolarmente dimostrative. Non può a questo secondo volume venir meno il favore incontrato dal primo. *Tr.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GRADENIGO G. *Contributo allo studio della eredità morbosa nell'uomo: come si eredita la sordità.* — Milano, Carlo Sironi, 1921.

TONNINI GUALFARDO. *Il reperto radiografico del piede vaso-equino acquisito.* — Senigallia, Tip. Senigalliese, 1922.

ZAMBLES. *Le colonie fluviali nella cura e profilassi della tubercolosi.* — Padova, Stab. Tip. «Il Veneto», 1922.

FRANCESCHINI G. *Considerazioni sulla sifilide terziaria dell'utero.* — Milano, Carlo Sironi, 1921.

ZANNINI PROSPERO. *Il fascio paladino-his del bufalo.* — Modena, G. Ferraguti e C., 1922.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società dei Medici a Vienna.

(Ottobre-dicembre 1922).

HAIZ, ENGELMANN e WALZEL presentano casi di *mancanza congenita del femore*. La terapia di questa rara deformità è molto difficile, se non disperata. ENGELMANN ha visto nel suo caso un vero successo coll'estensione. Forse si trattava di una ossificazione ritardata e non di una vera mancanza del femore. (Sed. del 6 e 13 ott.).

M. WEIZ. *Sul trattamento dell'emottisi*. — Ottimi risultati con iniezioni sottocutanee di 4-6 cent. cub. di *olio canforato* a 25 p.c. Weiz ha visto successi anche dove i rimedi usuali furono inefficaci. (Sed. del 6 ott.).

HOLZKNECHT. *Modificazioni del metodo dei Wintz-Warnekros-Wieser della terapia profonda radiologica per evitare eventuali lesioni* — La terapia profonda radiologica, che si è sviluppata principalmente nella Germania, porta con sè il pericolo di vari danni. Bisogna distinguere reazioni locali e generali; al primo gruppo appartengono le *necrosi* ed i *disturbi della nutrizione della pelle*; il secondo gruppo è conosciuto col nome di «*Röntgenkater*» (*spranghetta radiologica*), sotto il quale si nascondono assai spesso *cachessie di carattere gravissimo*. I risultati quanto alla guarigione del carcinoma non sono tali, che si possa assumersi la responsabilità dei sovradetti danni, provocati da una terapia troppo sforzata. Solamente nei casi di cancro uterino la terapia profonda ha per effetto una rispettabile percentuale di guarigioni. HOLZKNECHT non è avversario assoluto della terapia profonda, che nei casi ben scelti reca il massimo vantaggio; propone anche lui di trattare gli ammalati di tumore con radiazioni a mezzo di potenti apparecchi, secondo le regole della radiazione intensiva omogenea. Ma si dovrebbe evitare la seduta prolungata d'una volta e le dosi massimali; invece dovrebbero essere trattati con parecchie pause giornaliere e con dosi non più di tre quarti della dose massima, sempre riguardo allo stato generale dell'ammalato.

Questa conferenza fu seguita da una *discussione* molto animata. La scuola moderna radiologica tedesca, così gravemente attaccata da HOLZKNECHT, fu difesa da WIESER. Egli nega che la radiazione profonda sia tanto pericolosa come fu descritto ed accentuava, che diversi difetti tecnici, enumerati da HOLZKNECHT, non sono imputabili a costruzione falsa dell'apparecchio, ma piuttosto ad una tecnica falsa del radiologo. Fra coloro che parteciparono alla discussione i *ginecologici* non erano più tanto entusiasti della radiazione profonda del cancro uterino come prima; ma nondimeno fu da loro espressa l'opinione, che la *radiazione profonda in un tempo* è per ora *il migliore rimedio*, che stia a *disposizione nella lotta contro il cancro uterino*. (WEIBEL, LATZKO, L. ADLER). I *radiologi*, specialmente G. SCHWARZ, sostennero il disserente, secondo cui le seguenti *opinioni assolutamente false, devono definitivamente rigettarsi*: 1) ogni carcinoma si comporta egualmente sotto i raggi X; 2) ogni carcinoma è guaribile, se riceve la dose giusta; 3) la dose giusta è circa 110-120 pc. della dose cutanea; 4) dosi più piccole stimolano alla crescenza; 5) se il paziente non viene guarito, è evidente che la dose adoperata non era abbastanza forte! (Sed. del 6 e 27 ott.).

U. JERUSALEM. *A proposito di iniezioni di novocaina nei casi di ulcera radiologica*. — Il metodo di PAYR (iniezioni semicircolari sottocutanee di 50 cent. cub. d'una soluzione a 0.5 p.c. di novocaina) sembra avere un effetto specifico sopra l'ulcera radiologica, tanto ostinata ad ogni altra terapia. Occorrerebbero tentativi di questa cura su un materiale più grande di quello dimostrato. (Sed. del 3 nov.).

FHALER. *Sopra il trattamento dell'amenorrea ed altre anomalie da sottofunzione degli ovàri, mediante piccole dosi di raggi* X. — I raggi X sembrano essere, in piccole dosi, un rimedio attivante la funzione degli ovari. Discussione: WEIBEL, HOLZKNECHT, ecc. (Sed. del 13 ott. e 3 nov.).

NEURATH. *La mancinità dell'infanzia*. — La mancinità è una variazione ereditabile e non un segno di degenerazione. Presentazione di un copioso materiale statistico. (Sed. del 20 ott.).

STEINDL. *Il trattamento di processi encefalitici in conseguenza di lesioni aperte del cranio*. — Viene fatto così nella Clinica di Hochenegg: estirpazione dei tessuti infettati quanto è possibile, trattamento aperto con tamponi. I risultati di questa terapia, inaugurata da ALBRECHT e DEMMER, sono soddisfacenti. (Sed. del 27 ott.).

FINSTERER. *L'operabilità dei casi acuti di emorragie stomacali e duodenali*. — Il trattamento chirurgico, finora raramente usato, comporta, secondo FINSTERER, almeno la stessa, se non una migliore prognosi della solita cura interna. Bisogna operare quanto prima possibile. (Sed. del 3 nov.).

U. HAJEK. *Un caso di broncolitiasi d'origine endogena*. — La diagnosi e l'estirpazione furono fatti per mezzo della broncoscopia. (Sed. del 10 nov.).

P. SAUL. *La terapia con emulsioni di sali metallici*. — Le emulsioni dei sali metallici hanno lo stesso effetto disinfettante quanto le soluzioni di concentrazione identica, ma senza effetto coagulante od astringente sui tessuti. Perciò tali emulsioni sarebbero di gran vantaggio nella terapia. L'A. ha composto un preparato di emulsione d'argento clorico a concentrazioni di 2 e 5 p.c., il quale fu di buon grado provato tanto nella clinica interna quanto nelle specialità (laringologia, urologia, ecc.). (Sed. dl 10 nov.).

M. WEISZ. *La reazione del Diazo* (Ehrlich) *quale indice della distruzione dei tessuti*. — Il corpo

del Diazo e l'urocromogeno di WEISZ sono identici. L'assenza dell'urocr. nell'orina si manifesta, secondo WEISZ, con una colorazione gialla, a mezzo di qualche goccia di una soluzione a 1 p.m. di permanganato di potassio. È possibile una determinazione quantitativa di questo corpo. (Estrazione dell'orina con solfato ammonico ed alcool). In traccie l'urocr. è un elemento regolare di ogni orina. Il suo aumento significa una distruzione patologica dei tessuti ed è un sintomo di gran valore per la prognosi e la terapia di molte malattie, specialmente della tubercolosi polmonare. (Sed. del 10 nov.).

I BAUER. *In tema di mixedema.* (Dimostrazione di tre casi). — La diagnosi esatta, talvolta assai difficile, è di massima importanza per la terapia. Amenorrea, dolori reumatodi, sintomi di anemia, ecc., possono portare ad una diagnosi falsa. (Seduta del 17 nov.).

I. FEIN. *Un caso di cheloide al meato nasale.* — Si tratta di una malattia molto rara (follicolite sclerotizzante di Ehrmann), che non fu finora descritta nella sopradetta localizzazione. (Sed. del 17 nov.).

A. NEUMANN. *Intorno agli esperimenti di E. Liebreich sopra l'eosinofilia in vitro e la presenza dei cristalli di Charcot nel sangue umano.* — LIEBREICH ha descritto varii esperimenti, secondo i quali si può produrre, durante la coagulazione del sangue, un'eosinofilia straordinaria. L'ipotesi, che si tratterebbe d'una neoformazione di cellule eosinofile, è strettamente opposta alla vecchia opinione sulla specificità di queste cellule. Le osservazioni di LIEBREICH, sulla produzione dei cristalli di Charcot durante la coagulazione in qualsiasi sangue umano, vengono confermate. (Seduta del 17 nov.).

M. HANDEK. *Sulla sicurezza della diagnosi radiologica dell'ulcera duodenale.* — Dalla scuola americana viene propagato il metodo fotografico (fotografie in serie): la scuola viennese preferisce la radioscopia diretta. I sintomi radiologici dell'ulcera sono le varie difformità del bulbo duodenale, una densità diminuita dell'ombra del pasto di bario e l'ipermotilità del bulbo. La fotografia non è superiore alla radioscopia: le nicchie si vedono meglio e più spesso col metodo fotografico, l'ipermotilità è più facile a diagnosticarsi con la radioscopia. I risultati sono ottimi: l'A. ebbe non più di 5 % in cui la sua diagnosi non fu verificata dall'operazione. Ma si trovava anche un'ulcera là, dove mancavano i segni radiologici. Discussione: G. SCHWARZ, JONAS, ecc. (Sed. del 17 nov. e 1° dic.).

LOTHEILZEN. *Stenosi esofago trattata a mezzo di elettrolisi.* (Dimostrazione). (Sed. del 24 nov.).

KASPAR. *Ernia interna retrovescicale.* Il caso dimostrato è il quarto della letteratura ed il primo guarito per operazione. (Sed. del 24 nov.).

STRACKER. *Un nuovo apparecchio per il trattamento del piede scavato ad artiglio.* (Dimostrazione). (Sed. del 24 nov.)

BREITNER. *Sulla questione della tiroide.* — L'O. propone il seguente schema, secondo il *valore funzionale* delle tiroidi anormali: 1) gruppo *ipotrofico-iporoico* senza formazione e secrezione di secreto; 2) gruppo *eutrofico-iporoico* con formazione normale, ma secrezione impedita; 3) gruppo *eutrofico-iperroico* con formazione normale e secrezione aumentata; 4) gruppo *ipertrofico-iperroico* con formazione e secrezione aumentate. Quanto alla *etiologia* degli strumi si distinguono le strumi d'origine *endogena* ed *esogena*. Forse con questo sistema si potrà eliminare l'attuale anarchia nella nomenclatura. D'interesse pratico sono le osservazioni di BREITNER e SCHUR (discussione), che parecchi strumi vengono guariti da una dimora in contrade con endemia di strumi. (Sed. del 24 nov.).

I. B. ANDREATTI. *Sopra un nuovo rimedio* (Fual) *contro la tubercolosi*: esso sembra di valore specialmente nel trattamento della tubercolosi delle ossa e delle articolazioni. (Sed. del 1° dic.).

H. SCHLESINGER. In certi casi di *zoppicamento intermittente* sembra che l'*operazione di Jaboulay-Leriche* (staccamento circolare dell'avventizia dell'arteria femorale a una distanza di circa 10 cent.) porti un effetto anche se i rimedi usuali contro gli angiospasmi sclerotici furono inefficaci. (Dimostrazione di 2 casi). (Sed. del 15 dic.).

H. HOLZKNECHT e H. SIELMANN. *Trattamento della spranghetta radiologica con cloruro di sodio.* — Le soluzioni ipertoniche sembrano di ottimo effetto, a mezzo di iniezioni intravenose. (Seduta del 15 dicembre).

Ref. A. NEUMANN, Vienna.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA NERVOSO.

Ascesso cerebrale d'etiologia non comune.

S. Gilbert (*Journ. A. M. A.*, 1922, p. 1427) riferisce il caso di un bambino di 6 anni, che cadde sopra un bastone di legno, producendosi una piccola ferita alla reg. temporale sinistra, che dopo breve suppurazione si richiuse.

Però dopo qualche tempo cominciò a lamentarsi di mal di testa e a febbricitare. Le condizioni si andarono aggravando, però non ebbe mai vomito nè convulsioni: da ultimo insorse delirio. All'esame obbiettivo opistotono, pupille torpide, anisocoriche (la destra più grande della sinistra), rigidità della nuca, Kernig, aumento dei riflessi profondi. Sul lobo superiore del polmone sinistro ottusità, soffio bronchiale, rantoli crepitanti. Il liquor era torbido, e conteneva un cocco grampositivo. Il p. venne all'autopsia con diagnosi di polmonite e meningite pneumococcica. Si trovò scarso liquido citrino nella pleura, e i polmoni edematosi. Nella squama del temporale vi era un foro di 1 cm. di diametro, nel punto di mezzo tra l'angolo esterno dell'occhio e il meato uditivo, in corrispondenza della vecchia ferita.

Simile foro si vedeva nella dura, e faceva comunicare un ascesso subdurale con un altro ascesso sotto il muscolo temporale. Il cervello era coperto di uno spesso strato purulento. Nel lobo temporale sinistro vi era un grande ascesso. Nel tramite osseo si trovarono due schegge di legno.

DORIA.

I disturbi vaso motori nelle emiplegie cerebrali.

Mentre sulla cianosi, sull'edema, sulle differenze della temperatura locale dal lato paralizzato non esistono discussioni, queste si hanno quando si passi a considerare lo stato della tensione arteriosa.

In 49 casi, su 55, di emiplegie di origine cerebrale, H. Kahler (*Wiener Klinische Wochen.*, 1922, n. 10) ha trovato che la pressione sistolica era superiore di uno, due, tre cm. nel lato paralizzato — si trattava di emiplegie flaccide. In cinque casi solo la pressione era più bassa — e si trattava di emiplegie con contratture.

La differenza era apprezzabile anche con la palpazione. L'elevazione della pressione nelle paralisi flaccide sembra dovuta all'ipertonia dei vasi costrittori dovuta alla scomparsa dell'azione inibitrice dei centri superiori. L'abbassamento delle pressioni nelle paralisi spastiche non ha trovato spiegazioni soddisfacenti.

La puntura lombare provoca abitualmente, e specialmente nelle ipertensioni craniche, un rialzo della tensione arteriosa. Quest'azione persiste, sebbene un po' attenuata dal lato paralizzato, nei casi di lesioni corticali e sottocorticali. Viceversa il rialzo della pressione resta limitato al lato sano se la lesione interessa i nuclei centrali od i centri inferiori. Vi sarebbe dunque un centro vasomotore sia nel nucleo caudato, sia nella regione ipotalamica ed anche nella regione corticale, vicino alla zona motoria.

MONTELEONE.

Il substrato anatomico dei dolori vertebrali e la loro diagnosi.

In una statistica di 109 casi, dopo studi radiologici e clinici, Hass e Eisler (*Wiener Klinische Wochensch.*, 1922, n. 7) distinguono:

I. I rammollimenti vertebrali, di cui esistono due forme, una nell'adulto con fenomeni dolorosi, deformazioni biconcave o cuneiformi dei corpi vertebrali in posizioni cifotiche o scoliotiche, con scarsi dolori, con immagine radiologica poco caratteristica, ma con la coesistenza di deformazioni rachitiche multiple nell'adulto.

II. La spondilite deformante; si caratterizza dal punto di vista radiologico con lesioni iperplastiche, visibili specialmente all'inizio di profilo: osteofiti, contorni festonati. Le due lesioni possono combinarsi.

La spondilite anchilopoietica corrisponde alla spondilosi rizomelica. Le lesioni iniziali sono difficili a riconoscersi alla radiografia, perchè interessano le piccole articolazioni vertebrali; più tardi compaiono i ponti ossei intervertebrali caratteristici. Più facili ad individualizzare sono le comuni artriti reumatiche, le metastasi cancerose, i morbi di Pott.

MONT.

Aumentata frequenza della polineurite.

Secondo A. Knapp (*Deut. med. Woch.*, 1922, pag. 659) la frequenza della polineurite in Germania è aumentata notevolmente dopo la guerra. Ne riferisce la causa alle privazioni, all'alcool, alla nicotina, che lede generalmente il 5° e 6° nervo intercostale sinistro, all'in-

tossicazione da CO, contro il quale non difendevano le maschere tedesche. Una polineurite di questa natura fu sopportata dall'A. Anche altri gas possono dare polineurite. Altra causa importante sono le vaccinazioni antitifiche: dànno polineuriti con dolori iniziali gravi, ma di prognosi buona, con prevalenza nel lato del torace dove furono praticate le iniezioni. Delle malattie infettive hanno particolare importanza etiologica l'influenza, il reumatismo articolare acuto, che può manifestarsi in parecchi membri della stessa famiglia con manifestazioni e sindromi varie.

Altra causa di polineurite possono essere gli indumenti difettosi.

La causa più frequente, secondo l'A. è la nicotina.

DORIA.

Il luminale nell'emicrania.

Il luminale ha efficacia sedativa e ipnotica quattro o cinque volte superiore al veronal. Sono riferiti casi di gravi accessi di emicrania, ribelli a tutte le cure, sedati dal luminale, in dose di cinque ctg. tre volte al giorno, da superare solo eccezionalmente per un breve periodo. È bene continuare per qualche mese una dose di 5 ctg. prima di andare a letto. Sintomi tossici sono la sonnolenza eccessiva, l'incoordinazione dei movimenti, e uno stato di alterata coscienza. Possono anche aversi eritemi vari, e urticaria, eventualmente seguiti da desquamazione furfuracea. Il luminale è specialmente indicato nell'emicrania con insonnia.

(W. HARRIS. *Brith. med. journal*, 1922, p. 786).

DORIA.

MISCELLANEA.

Contributo allo studio delle metastasi dei tumori tiroidei.

Nell'Etmoide sono rari i tumori primitivi, e rarissimamente vi si riscontrano le metastasi dei tumori tiroidei; Harmer ne ha illustrato un solo caso.

Il prof. M. Campeggiani (*Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Un. di Roma*, 1921); dopo una breve rassegna della letteratura e una rapida esposizione delle principali caratteristiche dei tumori tiroidei delle ossa, riferisce il reperto di un adenocarcinoma dell'etmoide a struttura tiroidea. Clinicamente il tumore all'inizio apparve come primitivo; partendo dall'etmoide aveva invaso il seno mascellare e si era estrinsecato all'angolo interno dell'occhio destro. Sottoposta l'inferma al relativo intervento chirurgico, era già in via di guarigione, quando si manifestarono fenomeni di compressione dell'esofago e della trachea; la radiografia dimostrò allora un piccolo tumore a carico del lobo sinistro della tiroide. Fu necessario praticare a distanza di pochi giorni la gastrostomia e la tracheotomia. Con intense cure fisiche (raggi X, radium, mesotorio) ed opoterapiche il tumore del collo, dopo un paio di mesi, diminuì; i fenomeni di compressione si andavano dileguando; ma una imponente emorragia, per probabile usura di grossi vasi della base del cranio, determinò la morte in quattro minuti.

A. POZZI.

Sifilide epatica con sintomi di ascesso.

W. K. Hunter (*Glasgow Med. Journal*, 1922, p. 225) riferisce il caso di un uomo di 36 anni che ammalò con ittero progressivo, vomito, febbre seguita da sudori, brividi ad accessi. Parecchi anni prima aveva sofferto dissenteria e poi malaria. Vi era dolorabilità all'ipocondrio destro, ma non si palpava nè il fegato nè la milza. L'esame di sangue mostrò una lieve leucocitosi, ed escluse la malaria; fu inutile la terapia chininica. Varie punture del fegato rimasero senza risultato. Essendo positiva la R. W. fu praticata una cura antiluetica, che rapidamente fece entrare l'infermo in convalescenza.

L'A. riferisce anche un altro caso, con vomito, febbre, ittero, dolenzia agli ipocondrii, ipofonesi e rantoli alla base polmonare sinistra. Poi si notò dolenzia notevole nella regione lombare sinistra, limite superiore dell'ottusità epatica risalito, arresto del vomito, diminuzione dell'ittero, leucocitosi notevole. Fu sospettato un ascesso subfrenico. Essendo positiva la R. W. fu praticata una cura antiluetica dopo la quale ogni dolenzia scomparve, e l'ottusità epatica e cardiaca ritornarono nei limiti normali. Diminuì la tensione all'epigastrio, ed i leucociti tornarono alla norma. Però la febbre persistè per quattro settimane, e così pure il reperto polmonare.

Una gomma epatica può rammollirsi e formare un ascesso cronico, forse per infezione secondaria, donde i brividi e la curva etica della febbre. L'ascesso può farsi strada tra le costole, oppure in alto e posteriormente: può aprirsi nella pleura e dare empiema. Gli ascessi posteriori e non grandi possono sfuggire all'ago esploratore.

Nel secondo caso pare si fosse formato un versamento subfrenico: non si può dire se era purulento, nè se venne riassorbito od evacuato per le vie digestive.

DORIA.

MEDICINA SOCIALE.

La vigilanza igienica sul baliatico.

Come è noto, la vigilanza igienica sul baliatico è regolata dalle norme emanate con il D. L. 4 agosto 1918, n. 1395 e con il D. M. del 6 gennaio 1919; norme che però sono rimaste quasi ovunque lettera morta.

A Torino, per iniziativa del prof. Abba, invece si sono venute applicando nella parte più sostanziale fin dal gennaio 1921: riteniamo utile riferirne, anche perchè possono servire da esempio ad altri e perchè dimostrano che con il buon volere e accontentandosi di procedere gradatamente si possono ottenere risultati insperati da chi si accinga all'opera con l'intenzione di volere troppo rapidamente riformare tutto *ab imis fundamentis*.

L'Ufficio di Igiene di Torino incominciò ad invitare ad un convegno le detentrici di agenzie per collocamento di balie, spiegando loro le finalità della legge, invitando quelle che sentivano di potervi ottemperare a presentare la domanda, e le altre a smettere la professione, ciò che fecero lealmente. Rimasero quattro agenzie, di cui due gestite da persone private che diedero garanzia di serietà, le altre due da istituti. La popolazione, i pediatri, le levatrici vennero informati, per mezzo di circolari e di pubblicazioni sulla stampa politica e professionale, che si sarebbe proceduto all'applicazione della legge.

Le aspiranti-balie vengono visitate all'ufficio di Igiene, che si accerta dell'esistenza ed abbondanza del latte, procede all'esame medico per escludere tubercolosi, vizii cardiaci, malattie cutanee, ecc., e pratica la reazione di Wassermann. In caso di esito favorevole, all'aspirante-balia che deve essere munita del certificato di buona condotta e di tessera con fotografia, viene rilasciata l'autorizzazione con istruzioni a stampa sull'allevamento igienico dei bambini, sui suoi doveri e diritti in rapporto alla legge sul baliatico, ecc. Se la reazione di Wassermann riesce positiva, viene rifiutata l'autorizzazione: si informa l'interessata delle sue condizioni, dandole i consigli del caso, e se ne dà notizia al medico provinciale perchè informi a sua volta l'ufficiale sanitario del Comune di provenienza. Dal 1921 ad oggi sono state 20 le balie (su 276 visitate) non autorizzate perchè riconosciute affette da sifilide; e questo risultato (a parte le debite riserve sul valore forse eccessivo dato alla reazione di Wassermann) che ha condotto all'esclusione di balie tanto pericolose, può considerarsi come veramente notevole e tale da incoraggiare a perseverare nella buona opera iniziata.

Certamente i mezzi che ha a disposizione un grande Comune mancano nei piccoli, dove pure le balie possono avere il certificato d'autorizzazione, rilasciato in base al solo esame clinico, fatto talvolta da medici non del tutto competenti, sicchè è accaduto di riscontrare con reazione di Wassermann ultrapositiva, balie legalmente autorizzate. A ciò del resto si potrà ovviare con l'istituzione dei laboratorii provinciali, che potranno anche occuparsi di esaminare la qualità del latte.

Non possiamo che augurare che l'esempio di Torino sia seguito dai Comuni che ne hanno la possibilità e che, concordemente ai voti del Consiglio direttivo dell'Associazione italiana per l'igiene, la vigilanza sul baliatico sia intensificata e generalmente applicata.

FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Esantema scarlattinoso. Al dott. M. M., Giojosa Jonica:

L'esantema scarlattinoso nulla presenta di veramente specifico per la diagnosi di scarlattina sì da essere considerato come patognomonico. Esantemi scarlattiniformi clinicamente non differenziabili si possono avere da medicinali, da siero, nell'eritema scarlattiniforme. Le *note semeiologiche* in tali casi sono identiche sia nell'aspetto generale dell'esantema, sia nell'elemento fondamentale (punteggiatura rosso scarlatto della cute, fatta da piccole papule).

Se si ha la possibilità di seguire il malato, si trovano piccole differenze: l'esantema scarlattinoso vero si associa ad enantema, che suole anzi precedere l'esantema stesso, e che suole mancare nelle manifestazioni da siero e da medicinali. L'esantema scarlattinoso colpisce sul principio determinate zone cutanee (le regioni laterali del collo, le ascelle, le regioni interne delle coscie), risparmia la regione periorale, che spicca come una zona pallida sul rosso scarlatto del volto (Filatow). L'esantema scarlattinoso dà desquamazione che segue quasi la cronologia di comparsa, ed assume un aspetto caratteristico ma non patognomonico. Gli esantemi da siero invece sono più intensi nel punto di inoculazione dove sogliono comparire prima, e si diffondono egualmente poi su tutta la superficie cutanea; essi come quelli da medicinale, sogliono accompagnarsi a prurito. Anche le malattie settiche talora si associano ad esantema

scarlattiniforme, ma l'evenienza è rara: in tali casi più che i caratteri semeiologici dell'esantema, valgono i sintomi associati: tra questi l'enantema, l'angina, il criterio epidemico, ed in secondo ordine la cronologia della comparsa dei vari segni morbosi, la lingua a lampone, ecc.

Nell'influenza, specialmente in periodo epidemico, sono stati descritti i più svariati esantemi; sebbene sia contrario alla nostra esperienza la comparsa dell'esantema scarlattiniforme, che è invece frequente dopo la somministrazione di rimedi (aspirina, chinina, ecc.) in uso nell'influenza, non è da escludere questa possibilità. I fenomeni catarrali dell'influenza, mancanti nella scarlattina, sono i migliori criteri differenziali.

La presenza di acetone nelle urine non ha valore diagnostico differenziale.

La scarlattina non è, dal punto di vista del contagio, così diffusiva come il morbillo: se quindi in una famiglia accanto ad un caso di sospetta scarlattina non ne seguono altri, non può il mancato contagio essere considerato come prova contraria alla diagnosi: è dovere del medico, *anche dinanzi al caso sospetto*, di prendere tutte le precauzioni come se di scarlattina vera si trattasse; se il pericolo del contagio è meno importante, le precauzioni sono più che giustificate dalla gravità della malattia in sè. T. PONTANO.

Alterazione della stabilità dei denti da cura iodica interna. — All'abb. n. 1523:

I comuni manuali non riferiscono quanto Ella accenna. In pratica però accade talvolta notare, in seguito a quella cura, infiammazioni delle gengive che si ripercuotono sulla stabilità dei denti. Occorre prevenire il danno consigliando ai pazienti una perfetta pulitura del tartaro dei denti, per opera di uno specialista coscienzioso, prescritta prima della cura medica. A. PIPERNO.

Opere recenti sulla malaria. Al dott. M. M, Giojosa Jonica:

L'opera «La Malaria» di V. Ascoli, che tratta esaurientemente ogni lato del problema, provvista di tavole a colori, di larga bibliografia, è ancora in Italia e in Francia l'opera più moderna. *t. p.*

Incompatibilità chimica e fisiologica. Al dottor G. B. Guiotto:

Nella sua ricetta non esistono incompatibilità chimiche, nè antagonismi fisiologici tra i vari componenti. Si può notare solo che è eccessiva la dose di 5 gr. di carbonato di litio, data la scarsa solubilità della sostanza in acqua fredda (1:75). PONTANO.

VARIA

Le teorie di Einstein e la biologia.

Einstein ha fondato la sua teoria sulla relatività del tempo e dello spazio rivelati dal movimento e che sono in stretta relazione con l'ambiente e le condizioni stesse, nei quali il movimento è osservato. Ciò ha condotto Einstein a negare al tempo ed allo spazio, intesi nel senso newtoniano, ogni valore d'entità, ed a confonderli in una sola d'idea *spazio-tempo* considerato come una quarta dimensione dello spazio. Questa concezione può interessare la biologia.

In fondo il tempo e lo spazio non sono altro che le coordinate del movimento, entro le quali si svolgono tutti i fenomeni della natura, compresi gli esseri viventi, i quali sono organizzati in modo da potere averne, se non una nozione precisa, per lo meno una intuizione.

La nozione del tempo in ispecie ha una funzione primordiale nella nostra concezione del mondo, perchè tutti i fenomeni della natura, dal movimento molecolare ai cicli cosmici sono vibratori o meglio ondulatori, sono cioè *periodici*. Nel nostro mondo tutto è ritmico, tutto è periodico. E noi possiamo avere una nozione del tempo solo in ragione di queste alternative, che per così dire lo frazionano. Ma ci riesce impossibile separare la nozione del tempo da quella dello spazio; e lo stesso spazio occupato da tutti i fenomeni ondulatori sotto forma di energie varie ed anche materializzate è eminentemente discontinuo. Tutto ciò impone la collusione assoluta del tempo e dello spazio nella nostra concezione del mondo e giustifica la teoria di Einstein che confonde le due nozioni. L'esistenza del tempo e dello spazio non si rivelano che in occasione di un movimento qualsiasi, di cui essi sono semplicemente le coordinate. Ora poichè queste coordinate diventano una realtà solo in funzione di un movimento e fintanto questo dura, si tratta di una realtà *relativa*.

Ma la esatta comprensione delle nozioni di tempo e di spazio oltre che dalla pura speculazione o da deduzioni matematiche, osserva Vevey, può derivare da considerazioni biologiche.

Le nostre concezioni hanno una doppia origine: sembra che indipendentemente dalle percezioni che passano per i nostri sensi, vi siano altre porte d'entrata ancora imprecisate, o anche che certe energie colpiscono direttamente i centri psichici. Alle prime corrispondono le percezioni, alle seconde le intuizioni: ambedue diventano poi concezioni o idee.

Ora comunque sia, appare certo che se noi abbiamo una nozione del tempo e dello spazio, questi devono avere un'esistenza reale perchè noi siamo organizzati per concepirli. Se noi concepiamo il tempo e lo spazio vuol dire che abbiamo sensi e centri che li percepiscono.

In effetti tutti gli esseri viventi ne hanno una coscienza di grado diverso.

È innegabile che gli animali hanno un senso dell'equilibrio, che è la prima nozione dello spazio, per tenersi in una posizione determinata. Gli esseri inferiori si mantengono in una posizione variabile ma sono orientati in rapporto ad un asse: si tratta di un senso spaziale puramente statico. Negli esseri più complessi il corpo è orientato in rapporto ad un piano principale, ma già l'animale si muove sempre in un senso determinato; v'ha dunque indipendentemente dal senso statico un senso cinematico, e quindi una nozione del movimento dell'orientazione ossia dello spazio. Il perfezionamento di questo senso è in rapporto allo sviluppo di un organo speciale, che va sempre più complicandosi dall'otocita degli esseri inferiori all'orecchio interno dell'uomo.

Ed è notevole che in tutti gli animali la minima lesione, il menomo disturbo di pressione interna provoca un disorientamento completo dell'equilibrio. Non è dubbio che nell'apparecchio uditivo risiede il senso dello spazio. E considerando la sua costituzione e sopratutto la disposizione reciproca dei tre canali semicircolari orientati secondo le tre dimensioni dello spazio, ci rendiamo conto della idea che noi abbiamo dello spazio.

Ed è probabile che gli esseri inferiori a otociti semplici hanno una semplice nozione d'una posizione d'equilibrio limitata alla loro statica; che gli animali che hanno un unico canale semicircolare, e che generalmente si muovono su di un piano rampando, hanno la nozione di un mondo ad una sola dimensione; che quelli che hanno due canali semicircolari e che nuotano, e quindi si spostano su due piani hanno la nozione dello spazio a due dimensioni.

Ciò può far presumere che gli attributi dello spazio siano più numerosi di quelli di cui ora noi abbiamo coscienza e che potranno essere percepiti da esseri con organi adatti più perfetti. È certo che il mondo è più complicato in quel che noi lo percepiamo ed è antica la idea di una geometria a n dimensioni.

Analogamente a quel che avviene per lo spazio è probabile che noi possediamo un centro che dà la nozione del tempo.

Tutti gli animali dal più semplice all'uomo hanno l'impressione del ritmo della periodicità dei fenomeni naturali, che ha un riverbero nella periodicità delle proprie attività. La materia vivente è influenzata dal ritmo ambiente, e gli animali devono avere un senso o centro ancora sconosciuto che lo rivela più o meno coscientemente.

Poichè il senso dello spazio e dell'orientamento è indiscutibile e poichè lo spazio ed il tempo sono inseparabili deve anche esistere un senso del tempo.

È quasi certo che il centro delle percezioni uditive ossia delle onde e delle armonie sonore è contiguo a quello delle armonie cosmiche, ossia al centro delle intuizioni matematiche; ora la nozione dello spazio e del tempo, inseparabili, è la più elementare nozione matematica, e quindi i centri rispettivi devono confinare. La percezione delle onde uditive con le loro vibrazioni, regolarmente ritmiche, implica necessariamente quella dei loro intervalli, ossia del tempo.

La percezione del tempo penetra adunque attraverso l'orecchio.

L'esistenza del senso del tempo è dimostrata anche dalla fisioprassia. Molte persone hanno una nozione esatta del tempo trascorso tra un atto e l'altro senza ricorrere all'orologio, e senza analizzare, almeno coscientemente, la successione degli atti elementari, fisiologici o non, che sono decorsi tra i due avvenimenti, e sopra tutto senza tener conto dello stato del cielo, della luce del giorno in rapporto all'altezza del sole, senza alcuna relazione con il bisogno di bere e di mangiare, che è per lo più regolare e periodico. La nozione del tempo che passa adunque in molte persone non è la conseguenza di un calcolo o di un'analisi, è un'intuizione spontanea che si manifesta anche in piena notte, nel silenzio assoluto e nell'oscurità.

Il senso del tempo è innegabile anche negli animali per i quali non si può neppur invocare il probabile orientamento del lavoro psichico. I cani sopratutto l'hanno molto sviluppato. Vevey cita il caso di un vecchio cane sordo e cieco, il quale ogni giorno alle undici precise abbaiava per annunziare l'ora del pranzo. E così può citarsi il caso della *Convoluta* di Bohn che anche in acquario, lontana dal mare, si nascondeva nella sabbia al momento della marea.

La teoria di Einstein adunque malgrado la sua apparenza schiettamente speculativa e la sua origine matematica s'ingrana con interessanti problemi biologici.

dr.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

La organizzazione della vigilanza igienica.

Fu presentato al Parlamento un progetto di legge per la riorganizzazione della vigilanza igienica locale.

Quel progetto, che può essere utilmente emendato ma che sostanzialmente corrisponde ad esigenze razionali e pratiche, fonda su nuove basi l'ordinamento e la organizzazione della vigilanza sanitaria.

È un passo notevole verso una sistemazione utile, dopo circa un trentennio di incertezze, di situazioni provvisorie che han finito per creare diritti e legittime aspettative talvolta onerose, e di contrasti che hanno cagionato pregiudizio alla *formazione* del personale, al servizio ed agli interessi degli ufficiali sanitari.

L'approvazione del progetto non importerà nuovi o più gravi oneri finanziari: non può, quindi, trovare ostacoli nelle condizioni assai difficili dei bilanci comunali e nella necessità di economie per avviare ad effettiva ricostruzione la finanza pubblica.

Perchè dunque ritardare? Frattanto si costituiscono situazioni provvisorie o definitive nei singoli comuni e si rende più difficile l'attuazione del nuovo ordinamento e la sistemazione transitoria dei rapporti preesistenti, che non possono essere spezzati senza che ne siano pregiudicati diritti validamente già perfezionati e situazioni professionali seriamente valutabili. Il ritardo, che da nessuna considerazione di necessità o di opportunità è giustificato, farà gravitare sull'ordinamento a venire, per alcuni anni, le situazioni dipendenti dal passato.

Conviene, dunque, che l'esame del progetto sia affrettato e che sia considerata la opportunità di provvedere al riordinamento in forza dei pieni poteri, con giusta considerazione dei diritti acquisiti e delle aspettative legittime.

La riforma della legge per le pensioni.

È stato annunziato che le nuove disposizioni per il trattamento di pensione ai sanitari sono state emanate con decreto-legge.

Ci risulta che questa notizia è inesatta. Fu considerata ma è stata esclusa, almeno sin'ora, la necessità di questo atto.

Il progetto di legge è ancora innanzi al Senato. È da sperare che sarà approvato nella prossima tornata.

Preghiamo di tener presente che il calcolo della pensione in base al progetto in corso di esame richiede un lavoro non trascurabile e può essere inutile se le disposizioni saranno emendate; quindi raccomandiamo di limitare i quesiti, per calcolo di pensione presuntiva, ai casi di necessità o di manifesta utilità, qualora si tratti cioè di scegliere fra la liquidazione attuale o l'attesa delle nuove norme e delle relative tabelle.

QUESTIONI PRATICHE.

III. — Il parere del Consiglio Provinciale di Sanità nei casi di licenziamento dei medici condottii stabili.

La Giunta Provinciale amministrativa di Perugia respinse il ricorso del dottor Pasquali Francesco contro la deliberazione del Comune di Castiglione del Lago e omise di sentire il parere del Consiglio Provinciale Sanitario.

Innanzi alla V Sezione del Consiglio di Stato, alla quale ricorse l'interessato, il Comune sostenne che la violazione dell'art. 34 del testo unico 1° agosto 1907, n. 636 non costituisce nullità, specialmente quando il giudizio non riguardi questioni tecniche — per es., le capacità del medico — ma si riferisca a motivi disciplinari.

La V Sezione, con decisione 17 marzo 1922, n. 57, esattamente giudicando, ha respinto siffatta tesi ed ha stabilito che nel caso di licenziamento di un medico condotto *stabile*, la G. P. A. in sede contenziosa, deve sentire sempre, *a pena di nullità della decisione*, il parere del Consiglio Provinciale di Sanità; la legge non fa distinzione fra gli addebiti che abbiano motivato il licenziamento, ma esige che, quali che siano i motivi, il C. P. S. debba essere invitato a pronunziare il suo parere.

Con decisione 6 novembre 1914, in ric. Pitassi, era stato dichiarato non necessario il parere del Consiglio Provinciale di Sanità; ma allora si trattava di abbandono volontario della condotta.

IV. — Il diritto alla stabilità nel caso di successione fra Enti.

Ci è stato segnalato questo caso: due Comuni intendono costituirsi in Consorzio per la condotta medico-chirurgica; formato il nuovo ente, quale sarà la condizione dei medici che hanno acquistato la stabilità dell'ufficio e dello stipendio nei singoli Comuni consorziati? È risoluto il rapporto d'impiego?

La questione è controversa.

L'art. 30 del Regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, prevede il caso dello scioglimento di un Consorzio e stabilisce che il sanitario stabile ha diritto ad una indennità se

non ottiene subito altro posto di condotta egualmente retribuito o da un nuovo Consorzio composto in tutto o in parte dai Comuni che formavano il consorzio disciolto o da alcuno dei Comuni stessi.

Questa disposizione presuppone, dunque, che il rapporto di impiego si risolva. Trattandosi però di una norma regolamentare non si può utilmente trarne elementi decisivi di interpretazione per ricostruire e stabilire il sistema della legge e risolvere la questione che noi esaminiamo, tanto più che l'art. 30 si riferisce soltanto al caso dello scioglimento di un consorzio, mentre si possono fare diverse e distinte ipotesi: per es., che più enti costituiscano un consorzio; che ad un consorzio sia aggregato altro Comune. E dall'art. 30 si potrebbe argomentare o per ritenere che quella norma sia applicazione di un principio generale o per limitare al caso dello scioglimento del consorzio la risoluzione del rapporto di impiego.

Ma l'una e l'altra argomentazione sarebbero arbitrarie e non corrette.

Purtroppo, la situazione che si produce in questi casi di successione non è regolata espressamente. Da un punto di vista giuridico rigoroso è da ritenere che il rapporto si risolva perchè si verifica una vera e propria novazione soggettiva ed oggettiva: soggettiva perchè cambia la persona giuridica che è soggetto del rapporto; oggettiva perchè profondamente diverso e più esteso diviene l'obbbietto della prestazione. Ma al rigore della risoluzione giuridica, deve supplire l'autorità amministrativa, nella fase della costituzione del nuovo ente o dei nuovi enti regolando la posizione degli impiegati e il trasferimento dei rapporti relativi.

Se i Comuni non provvedano a questo atto di necessaria tutela dell'interesse generale, inerente al pubblico servizio sanitario, e di doverosa considerazione degli interessi degli impiegati, può e deve intervenire l'autorità tutoria, in sede di approvazione dell'atto costitutivo e del regolamento del nuovo ente, a seconda delle speciali circostanze dei singoli casi. E l'impiegato può farsi diligente e agire nella fase della trattazione amministrativa perchè sia assunto dal nuovo ente il rapporto stabile preesistente o, qualora non sia possibile o conveniente questa sistemazione, sia assegnata una indennità.

Se a ciò non si provveda e i rapporti stabili rimangano non regolati, è da ritenere che il vincolo si risolva e il diritto della stabilità si estingua, ma al titolare del diritto competa una indennità, anche fuori del caso dell'art. 30 del regolamento, e ciò non soltanto per equità, ma anche per considerazione d'ordine giuridico in quanto la risoluzione non avviene per forza maggiore, ma è normalmente effetto di volontaria determinazione.

La misura della indennità è ragguagliata al servizio prestato, alle circostanze del caso e alla possibilità che il sanitario ottenga in minore o maggior tempo altro ufficio rimunerativo.

Nei casi, dunque, dello scioglimento di un consorzio, al quale succedano più Comuni o della costituzione di un nuovo ente fra più Comuni, ci sembra fondata la tesi che considera risoluto il rapporto di impiego, salvo il diritto ad indennità.

Ma se ad un consorzio sia aggregato altro Comune o se uno degli enti consorziati se ne distacchi, è da ritenere che il medico consorziale conservi il diritto alla stabilità dell'ufficio, perchè non si verifica il caso della fine dell'ente e si produce una modificazione che può influire sulla misura dello stipendio e non sull'obbietto del rapporto di prestazione d'opera.

V. — L'esercizio della professione nel Regno da parte dei medici stranieri.

Un medico-chirurgo, diplomato in Germania, chiedeva di essere iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici di Roma perchè affermava di aver esercitato in Italia per oltre un triennio anteriormente alla legge 10 luglio 1910. Ma la domanda fu respinta perchè non risultava che quel medico fosse iscritto da tre anni dalla data della legge medesima nel ruolo dei contribuenti per la tassa di ricchezza mobile derivante dai redditi professionali.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, alla quale il medico fece ricorso, ha dichiarato legittima la esclusione dall'albo, confermando il principio rigoroso che la iscrizione per un triennio nei ruoli non può essere sostituita da alcun equipollente. (Ordine dei Medici di Roma c. Kauffman).

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde** direttamente per lettera. I quesiti debbono essere **inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo** per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via **Sistina, 14, Roma (6).**

I quesiti non devono richiedere esame di atti o **speciali indagini.**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INTERESSI PROFESSIONALI.

In tema di assicurazione malattie.

Le argomentazioni da me svolte contro il progetto di assicurazione statale delle malattie hanno provocato una vivace replica del dott. Romano Salvatore di Trieste.

Essendo mia abitudine procedere secondo la linea retta senza curve nè ritorni, nulla ho da cambiare al pensiero da me espresso nell'articolo ospitato dal «Policlinico» col titolo di «Punto fermo al progetto di assicurazione malattie». Doversi cioè la riforma in parola ripudiare perchè all'Estero aveva dato già cattiva prova e una peggiore ne darebbe da noi, per il senso sociale e nazionale ancora scarso delle nostre popolazioni operaie; ritenere inopportuno avanzare una riforma gravosa alle finanze; inutile poi insistervi in un momento in cui queste sono esauste e con un Governo costretto a procedere colla lesina. Pensare piuttosto a perfezionare l'Istituto della condotta medica e l'assistenza a mezzo di ospedali.

Se non che il mio contradditore, per dimostrare speciosi gli argomenti addotti, mi invita a meditare su ciò che avviene in Trieste dove la Mutua, secondo quanto egli afferma, ha un funzionamento perfetto e persino redditizio per l'erario.

Ma non si tenti di annegare il grande problema delle Assicurazioni Malattie in Italia in un confronto colla piccola gestione della Società operaia di Trieste. Trieste è una città con numerosi elementi operai industriali; il resto d'Italia invece possiede esclusivamente quasi un proletariato agricolo, che ammonta a decine di milioni: questo proletariato è legato a vicende lunghe, periodiche, penose anche, di disoccupazione e si può con sicura previsione affermare che durante questi periodi si vorranno gabellare per malattie, a scopo di sussidio, indisposizioni piccole od insussistenti. Io poi non ho soverchia fede nella mano di ferro dei medici per mandare a vuoto queste piccole, ma troppo infinite nel numero, speculazioni, a carico dell'Ente Assicurativo alle cui spalle stanno le finanze dello Stato. Il proletariato agricolo in Italia è squisitamente imprevidente e vedrà nel sistema proposto piuttosto un allargamento di sussidio, senza coglierne l'alto valore sociale che è nella mente dei suoi patrocinatori. È fuori di luogo quindi un confrouto tra quanto avviene in uno dei pochi centri industriali di Italia, dove gli accertamenti ed i controlli sono agevoli, e quello che avverrebbe trattandosi di una popolazione agricola sparsa, lontana, disseminata in gran parte su colline e su montagne.

Ragioni queste semplici, chiare, che ci inducono a mantenere fermo il nostro punto. Resterà a vedere quindi se Trieste riuscirà a far valere i suoi sistemi in tutta l'Italia: giacchè tutti quelli che si atteggiano a corifei delle assicurazioni statali, identicamente al dott. Romano, citano l'esempio della Mutua di Trieste. Si tratta per la massima parte di colleghi i quali in occasione di un Congresso o altro si sono incaricati di esaminare in pochi giorni il movimento assicurativo di Trieste e ne sono ripartiti imbottigliati in una ammirazione intransigente e permalosa la quale non deve essere oggetto di discussione, ma accettata come un dogma.

Il sottoscritto invece non rispetta dogmi nè si inchina ad ammirazioni di prammatica, se prima non ha passato il dogma o l'oggetto di ammirazione alla trafila della critica. In questo caso mi riconfermo nella mia ostilità contro il progetto in parola.

Rimane da allontanare la taccia di falso riguardo all'accusa di scandalosa attività mossa alla Mutua. Tale accusa partiva in verità dal «Popolo d'Italia» in uno dei numeri dello scorso ottobre, e da quel giornale io l'ho raccolta. Ora il «Popolo d'Italia» è un giornale molto letto a Trieste ed il dott. Romano poteva fin d'allora peritarsi a far valere contro questo giornale la sua indignazione.

E volgo al fine, esprimendo un personale giudizio sul mio contradditore che si qualifica per Attuario del Ministero per il lavoro e la previdenza sociale. Egli non ha diritto a parlar forte in pro' dei sistemi assicurativi statali, perchè ha la pecca di appartenere ad organismi burocratici troppo interessati a che riforme, del genere di quella che stiamo trattando, abbiano attuazione.

Modena, 9 gennaio 1923.

Dott. UGO RIGHI.

Cronaca del movimento professionale.

Assemblea generale dell'Ordine dei medici di Roma.

Il 28 gennaio ha avuto luogo l'adunanza generale ordinaria dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma alla quale intervennero numerosi iscritti nell'Albo.

Il presidente prof. Gallenga lesse una lucida e sintetica relazione, nella quale, dopo avere inviato un mesto ricordo ai Medici scomparsi nel decorso anno, ed un collegiale saluto ai nuovi numerosi iscritti, accennò al concorde e tenace lavoro del Consiglio amministrativo. Rivolse speciale invito a tutti i medici appartenenti all'Ordine di collaborare col Consiglio per intensificare e rendere più fattiva l'opera dell'Ordine e per potere, attraverso le necessarie riforme della legge, raggiungere una più efficace protezione degli interessi della classe ed una più diretta partecipazione al miglioramento delle provvidenze igienico-sanitarie e sociali. Riferì brevemente sull'opera del Consiglio per la protezione dell'esercizio professionale, per la sorveglianza di questo; espose le pratiche fatte per regolare i rapporti dei sanitari con vari Enti

e con privati, e presso l'autorità politica, l'autorità giudiziaria, l'Agenzia delle Imposte, ecc. Richiamò l'attenzione dei colleghi sulla utilità di ripristinare la pubblicazione di un *Bollettino dell'Ordine* allo scopo di tenere i colleghi al corrente dei varii problemi interessanti la classe e sui lavori del Consiglio.

Aperta la discussione questa si svolse interessante ed animata. Furono domandati schiarimenti circa le funzioni attribuite alle Commissioni tecniche chiamate a collaborare con il Consiglio. Il presidente prof. Gallenga spiegò come queste abbiano funzioni assolutamente consultive e non deliberative; e che le questioni d'indole personale e comunque delicata, sono riservate unicamente al Consiglio.

Parlarono poi numerosi colleghi sull'argomento della posta medica sui giornali politici; la discussione si concluse con la presentazione di varii ordini del giorno, di cui, dopo ritirati o respinti gli altri, fu approvato uno che deplora nuovamente il sistema della posta medica, usata per consultazioni e prescrizioni, nei giornali politici.

L'assemblea infine plaudì vivamente alla relazione del prof. Gallenga, come pure all'invito di contribuire alle onoranze al Medico Italiano caduto in guerra e a quelle al grande maestro Guido Baccelli.

Il tesoriere prof. Paparozzi espose all'assemblea la relazione finanziaria e presentò il consuntivo del 1922 e il bilancio preventivo del 1923, proponendo di stabilire il contributo annuale nella somma di L. 30 per ciascun iscritto.

L'assemblea approvò la relazione, i bilanci e la quota proposta, tributando un encomio all'attività del tesoriere.

Infine il prof. Zevi espose la sua relazione sul progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie. La relazione, precisa, chiara e convincente, tenne desta l'attenzione dell'assemblea, la quale, volendo dare alla discussione l'ampiezza che l'importanza dell'argomento ed il pregio della relazione meritano, deliberò di rinviare l'adunanza ad altra seduta, dedicata esclusivamente alla trattazione di questo grave problema.

Ordine dei Medici di Roma

La Presidenza dell'Ordine dei medici di Roma invita i colleghi a voler notificare le modificazioni e aggiunte che ritengono debbano apportarsi nell'albo specie per quel che si riferisce agli indirizzi ed ai numeri del telefono.

Tali notizie dovrebbero essere inviate all'Ordine (Foro Traiano, 5) entro il 15 febbraio corr., dovendo l'albo modificato essere pubblicato per la fine del mese.

La Pretura Urbana di Roma, in seguito a denunzia della Presidenza dell'Ordine dei Medici, ha condannato a multe varianti da 500 a 1000 lire per usurpazione di titoli Bihlmaier Federigo, Bartolozzi Ubaldo e De Dominicis Felice che si spacciavano per dottori. Gli ultimi due hanno goduto dell'amnistia.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Tutela delle acque minerali.

Fra le disposizioni del Regolamento 28 settembre 1919, n. 1924, sulle acque minerali e gli stabilimenti termali, ha particolare importanza l'art. 31, che fa divieto di adoperare i caratteri essenziali dell'etichetta adottata per un'acqua minerale naturale autorizzata, per etichette destinate a contrassegnare sali per preparazioni estemporanee di acque minerali.

La disposizione è intesa alla tutela della buona fede del pubblico, in quanto mira a difenderlo dall'inganno, cui può essere tratto dalla fallace promessa — nella quale si risolve la messa in vendita di che trattasi — della esistenza, nell'acqua potabile trattata coi sali offerti, di proprietà corrispondenti all'acqua minerale naturale di cui si impiega il nome.

Contemporaneamente serve a tutelare la genuinità dei sali delle acque minerali autorizzate e, con essa, la fama delle sorgenti da cui provengono.

A mano a mano che sarà regolarizzata la produzione e la vendita delle acque minerali naturali già in uso, agli effetti delle disposizioni della relativa legge, acquisterà vigore per esse l'art. 31 del citato Regolamento, alla cui osservanza verrà attentamente invigilato, come si è già cominciato a fare nei riguardi delle acque minerali finora autorizzate.

Così sotto il nome di «Acqua Fiuggi artificiale» e con un marchio di fabbrica che riproduceva alcuni dei caratteri essenziali dell'etichetta in uso per l'acqua Fiuggi, in base al decreto di autorizzazione, sono risultate in vendita delle cartine di sali preparate dallo «Stabilimento chimico-farmaceutico Alberani» di Bologna, che si affermavano utili per la fabbricazione dell'acqua minerale tipo Fiuggi, mentre, immesse nell'acqua potabile, danno luogo ad una miscela effervescente, che non ha alcun contenuto ed alcuna qualità dell'acqua di Fiuggi.

Dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica è stato disposto perchè cessi immediatamente la fabbricazione e la messa in vendita di tali cartine, e siano ritirate, in breve termine, quelle che già vi si trovassero, con la denunzia, occorrendo, all'autorità giudiziaria, vuoi per l'applicazione delle penalità previste per la contravvenzione all'articolo 31 del citato Regolamento, vuoi per le sanzioni che, nella specie, risultino applicabili in base alle disposizioni del Codice penale relative alle frodi in commercio.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 6 del 1923).

(ROMA):

Dott. Loggi	L.	15 —
Prof. Amici	»	50 —
Cap. Med. Maimone	»	90 —
S. Ten. Med. Pazzini	»	70 —
Dott. Francalancia	»	85 —
Dott. Peliziani	»	85 —

(R. MARINA):

Magg. Gen. Med. Bressanin	L.	200 —
Brig. Gen. Med. Cavalli	»	140 —
Brig. Gen. Med. Monaco	»	140 —
Col. Med. Repetti	»	130 —
Ten. Col. Med. Adami	»	100 —

(TRIPOLI):

Ten. Med. Mallozzi	L.	90 —
Ten. Col. Med. Castigliola	»	110 —
Cap. Med. Picarreta	»	80 —
Cap. Med. Cortella	»	85 —
Ten. Med. Giuliano	»	65 —
Ten. Col. Med. Marzetti	»	150 —
Cap. Med. Magliulo	»	112.50
Magg. Med. Restori	»	50 —
Cap. Med. Dell'Aria	»	109.10
Cap. Med. Sarnelli	»	109.10
Cap. Med. Massimo	»	109.10
Cap. Med. Guarnaccia	»	109.10
Cap. Med. Cafiero	»	109.10
Cap. Med. Sofio	»	109.10
Cap. Med. Sascaro	»	109.10
Cap. Med. Lanna	»	109.10
Ten. Med. Guido	»	84.80
Ten. Med. Fiume	»	84.80
Ten. Med. Esposito	»	84.80
Ten. Med. Musummara	»	84.80
Ten. Med. Scardapane	»	84.80
Ten. Med. Rosso	»	84.80
Ten. Med. Buttiglione	»	84.80
Ten. Med. Cultrone	»	84.80
Ten. Med. Failla	»	84.80
Ten. Med. Iaselli	»	84.80
Ten. Med. Rinaldi	»	84.80
Ten. Med. Avellon	»	84.80
Ten. Med. Erraloro	»	84.80
Prof. Siacci	»	50 —
Dott. De Castro	»	50 —
Prof. Onorato	»	20 —
Prof. Casoni	»	20 —
Prof. Bartoletta	»	20 —
Dott. Scalese	»	50 —
Prof. Sorrenti	»	15 —
Prof. Frigento	»	15 —
Prof. Mazzolani	»	25 —
Prof. Curcio	»	25 —
Prof. Serra	»	25 —
Prof. Fumaioli	»	25 —
Prof. Russo	»	50 —
Dott. Jacoucci Guido (Roma)	L.	25 —
Prof. Zevi Vittorio (Roma)	»	50 —
Prof. Guidi Luigi (Roma)	»	25 —
Dott. Tacchi-Venturi Mariano (Roma)	»	30 —
Dott. Positano-Spada Domenico (Roma)	»	25 —
Dott. Manna Arturo (Roma)	»	25 —
Prof. Lugli Augusto (Roma)	»	50 —
Dott. Piermarini Giuseppe (Sulmona)	»	25 —
Dott. Sale Ennio (Varese)	»	10 —
Dott. Pascali Edoardo (Aquileja)	»	25 —
Dott. Ringer H. Paul (Ascheville)	»	100 —
Dott. Vallauri Bartolomeo (Casalbellotto)	»	30 —
Dott. Bulla Anselmo (Supino)	»	10 —
Dott. Ciuffrida Giuseppe (Ghizzano)	»	10 —
Dott. Usuelli Antonio (Cardano al Campo)	»	25 —
Dott. Nobile Luigi (Casatenovo)	»	15 —
Dott. Meschini Armando (Roma)	»	40 —

(*Continua*).

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Cagliari*: Dottori: Tuveri Erminio, Santadi — Dessì Alfonso, Villacidro — Loi Evaristo, Narcao — Carta Luigi, Tertenia — Cruccu Virgilio, Terrabaida — Masala Luigi, Dolianova — Canceddo Massimo, Arbus — Manurritto Luigi, Laconi — Mereu Efisio, Portoscuro — Foddis Emanuele, Arzana — Mereu Manfredi, Ierzu — Demotis Giuseppe, Bonarcado — Randaccio Vittorio, Bosa — Scarpa Antonio, Bosa — Casula Emilio, Oristano — Bonelli Giovanni, Oristano — Ramo Raffaele, Capoterra — Ibba Ferruccio, Iglesias — Boldetti Giuseppe, Palmas Suergiu — Pibiri Severo, Villanovatulo — Loi Raimondo, Burcei — Paia Luigi, Samatzai — Piccaluca Giulio, San Sperate — Schirru Carlo, Uta — Caciarru Nicolino, Villasanto — Scano Francesco, Fluminimaggiore — Deplano Roberto, Assemini — Mereu Giovanni, San Gavino Monreale — Mereu Carlo, Serdiana — Rombi Federico, Carloforte — Venardieri Antonio, Villarios Masainas — Cossu Giovanni, Baunei — Corongiu Francesco, Isili — Racugno Giuseppe, Lanusei — Ortu Antonio, Cuglieri — Canalis Cesare, Tresnuraghes — Cabras Giuseppe, Donigala — Frau Antioco, Furtei — Olla Giuseppe, San Nicolò Gerre — Pittau Luigi, Serramanna — Trincas Giuseppe, Suelli — Erby Pasquale, Ussana — Mereu Francesco, Aritzo — Contu Mariano, Desulo — Gina Antonio, Gergei — Piras Giuseppe, Orroli — Ballicu Demetrio, Sadali — Piccaluca Enrico, Narbolia — Panzali Salvatore, Scano Montiferro — Zonchello Mario, Sedilo — Dore Giovanni, Sorradilo — Tuveri Federico, Sardara — Sanna Vincenzo, Sernobi — Scalas Michele, Villanovafranca — Serra Paolo, Gairo — Paulesu Francesco, Meanasardo — Costa Paolo, Sorgono — Sulis Giovanni, Tonara — Rondoni Cairoli, Fordongianus — Meloni Virgilio, Sanluri — Sanna Luigi, Sanluri — Cicalò Cristofaro, Sant'Andrea Frius.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUANEGRA (*Mantova*). — Per Mosio. Scad. 20 febbr. L. 9000 e 4 quadr., 2 c.-v., L. 800 bicicl.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano*. — Il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Italiano d'Alessandria d'Egitto, di prossima apertura, pone a concorso per titoli il posto di Chirurgo primario, giusta le norme delle quali agli art. 9 e seguenti del Regolamento interno dell'Ospedale stesso.

I concorrenti devono essere italiani, laureati in Italia, e provare di avere una speciale perizia nella chirurgia generale.

Il Chirurgo primario non è stipendiato, ma ha diritto agli onorari che fisserà volta per volta coi ricoverati, a cura del Direttore amministrativo dell'Ospedale, prima dell'operazione. Egli ha inoltre libero esercizio professionale in città.

Limite di età per concorrere: 45 anni.

Il concorso verrà chiuso il 15 marzo 1923.

Le domande dei concorrenti devono essere indirizzate al Presidente del Consiglio di amministrazione dell'Ospedale presso il R. Consolato Generale d'Italia in Alessandria d'Egitto.

I documenti, cioè: l'atto di nascita, il diploma di laurea, o una copia autentica, la fede penale e tutti i titoli che valgano a provare la perizia ed i meriti scientifici e personali dell'aspirante non devono essere allegati alla domanda; il Consiglio di amministrazione indicherà, appena chiuso il concorso, a quale Ufficio in Italia devono essere indirizzati per essere sottoposti alla Commissione esaminatrice, di cui all'art. 11 del Regolamento interno.

AVIANO (*Udine*). — 2° Rep. Scad. 28 feb. L. 7000 stip., L. 2500 trasp.; alloggio semigrat., 2 c.-v.

BIENNO (*Brescia*). — Scad. 21 feb. L. 7000 per 1600 pov., addizion. L. 3 fino a 2600 e L. 4 oltre (*sic*). L. 800 cond. disagiata, L. 340 uff. san., 2 c.-v.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Vedi fasc. 6. Proroga 28 febbraio.

CECINA (*Pisa*). — Scad. 20 feb. L. 6000 e 5 quadrienni, c.-v., L. 2000 cav.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; vedi fascic. 6.

MIGLIARINA (*Catanzaro*). — L. 8000 oltre L. 600 uff. san.; L. 10 per ogni fam. pov. in più delle 300. Scadenza 25 febbraio.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; vedi fasc. 6.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Carlo Rossi, già assistente degli Ospedali di Roma, è stato nominato aiuto alla cattedra di Patologia speciale chirurgica della R. Università di Cagliari.

Al dott. Carlo Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, è stato attribuito il «Premio di Cartagine» per l'insieme delle sue pubblicazioni scientifiche.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Internazionale di Talassoterapia.

Come avemmo già ad annunziare, dal 9 al 12 aprile, sotto l'alto patronato del Re d'Italia, si adunerà a Venezia il II Congresso indetto dall'Associazione Internazionale di Talassoterapia.

Venezia si prepara ad accoglierlo nel modo più brillante e colla maggiore cordialità.

È all'ordine del giorno il tema: «Determinare in modo scientifico-sperimentale, e in tutti i loro dettagli, i fattori generali che provocano le azioni biologiche nelle diverse stazioni marine».

Gli atti del Congresso formeranno un Codice della Talassoterapia che troverà posto sul tavolo dei principali clinici d'Europa e dei medici che vorranno sapere quali sono le caratteristiche che determinano il valore curativo delle singole spiagge.

Diamo il programma del Convegno: 9 aprile, ore 10 antim., seduta inaugurale; ore 2 pom., seduta ordinaria; 10 aprile, ore 9, seduta ordinaria; pomeriggio, escursione; 11 aprile, seduta ordinaria; pomeriggio, escursione; 12 aprile, seduta di chiusura.

Alle sedute assisteranno degli interpreti per le lingue ufficiali del Congresso (italiano, francese, inglese).

Il Comitato ordinatore ha disposto che dei Comitati di Signore parlanti le principali lingue straniere si trovino a disposizione delle Signore Congressiste.

Fin d'ora sono assicurati i ribassi ferroviari per i Congressisti sulle Ferrovie italiane. I Congressisti fruiranno di ribassi negli Alberghi, e avranno libero ingresso nei musei e gallerie.

La Segreteria sarà a loro disposizione per tutte le informazioni necessarie e si occuperà, se richiesta, di provvedere gli alloggi.

Tutta la corrispondenza deve essere indirizzata al Segretario generale prof. Ceresole, Ospedale Civile, Venezia.

Allo scopo di dare ai Congressisti l'opportunità di visitare le principali città e le più importanti stazioni balneari, termali e climatiche d'Italia, saranno organizzate escursioni guidate da medici competenti che illustreranno i principali luoghi di cura. Ognuna di queste escursioni avrà un diverso itinerario in modo da comprendere dati gruppi di stazioni: per es. le stazioni balneari marine dell'Alto Adriatico; Gruppo termale Euganeo; Gruppo Toscano-Emiliano; stazioni della Riviera Ligure; stazioni climatico-termali del Golfo di Napoli, ecc.

Coloro che desiderassero fare un'escursione lungo tutta la penisola italiana fino alla Sicilia, approfittando del Congresso Italiano di Idrologia che avrà luogo a Palermo dal 21 al 23 aprile, potranno pagando un supplemento di L. 20 iscriversi anche al Congresso di Palermo godendo del ribasso ferroviario in tutta l'Italia e avranno l'opportunità di visitare tutte le principali città della Penisola.

La tassa d'iscrizione di L. 50 dà diritto di partecipare ai lavori del Congresso, di ricevere gli Atti del Congresso e di godere tutte le riduzioni e facilitazioni speciali.

Membri aggregati sono i membri della famiglia dei Congressisti i quali hanno solamente diritto ai ribassi ferroviari e alle altre facilitazioni loro concesse; tassa d'iscrizione L. 25.

Con una tassa di L. 30 riceveranno anche gli Atti del Congresso di Palermo, oltre a quelli del Congresso di Venezia.

I titoli delle comunicazioni che i Congressisti intendono fare devono essere trasmessi alla Segreteria del Congresso non più tardi del 15 marzo 1923.

Le relazioni sul tema ufficiale dovranno essere comunicate, dattilografate, alla Segreteria non più tardi del 1° marzo.

II Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia militare.

Ricordiamo che si terrà a Roma dal 28 maggio al 2 giugno, sotto l'alto Patronato di S. M. il Re d'Italia.

Potranno prendervi parte tutti gli Ufficiali Medici e Farmacisti del R. Esercito e della R. Marina, sia in attività di servizio, sia della categorie in congedo e della riserva, nonchè i Medici della C. R. I. e del S. M. Ordine di Malta.

La quota d'iscrizione è fissata in L. 30 per i congressisti italiani e 30 franchi francesi per gli stranieri. Per le famiglie la quota sarà rispettivamente di L. 15 e 15 franchi francesi.

I congressisti fruiranno sulle Ferrovie italiane e sulle linee marittime fra Palermo e Napoli e fra Terranova I. B. e Civitavecchia di riduzioni variabili dal 40 al 60 per cento sul biglietto ordinario, a seconda del percorso.

Le adesioni dovranno esser trasmesse alla Segreteria del II Congresso Internaz. di Medic. e Farm. Militare (Ministero della Guerra - Direz. Centr. Serv. San. Mil., Roma), accompagnate dalla quota d'iscrizione. Agli aderenti verranno subito trasmessi la tessera di Congressista e i documenti occorrenti per fruire delle riduzioni ferroviarie.

Il Comitato dei festeggiamenti si interesserà di ottenere tutte le possibili facilitazioni per i Congressisti e famiglie.

Per qualunque chiarimento, comunicazione e notizia relativa al Congresso si prega di rivolgersi alla Segreteria.

Il programma provvisorio prevede: 28 maggio, seduta inaugurale del Congresso in Campidoglio - Visita al Pantheon e alla Tomba del Milite Ignoto; 29 maggio, Lavori del Congresso - Visita all'Ospedale Militare; 30 maggio, Lavori del Congresso - Visita al Policlinico di Roma; 31 maggio, Lavori del Congresso - Visita al Sanatorio di Anzio; 1° giugno, Lavori del Congresso; 2 giugno, Seduta di chiusura - Pranzo ufficiale.

Il Comitato si riserva di modificare qualche parte del programma, qualora le circostanze lo richiedessero.

Corso di perfezionamento in Dermosifilografia.

Presso la Clinica di dermatologia e sifilografia della Facoltà di Medicina di Parigi, sotto la direzione del prof. Jeanselme, con la collaborazione di numeroso personale insegnante, si terranno un corso di dermatologia ed uno di venereologia; inizieranno rispettivamente il 9 aprile e il 23 maggio; tassa d'iscrizione 150 franchi per ciascuno. Nell'annunzio non ne è indicata la durata. Per informazioni e programmi rivolgersi al Dr. Burnier, Chef de Clinique à la Fac. de Méd., Hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin), Parigi.

Scuola medica ospedaliera di Roma.

Il secondo semestre si svolgerà dal 1° marzo al 31 maggio; le iscrizioni si chiudono il 15 febbraio. Si terranno corsi di pratica ospitaliera, corsi speciali e conferenze. Per i programmi rivolgersi all'Ufficio di presidenza, Policlinico Umberto I, Roma.

Nella Croce Rossa Italiana.

In una riunione del Consiglio direttivo della Croce Rossa Italiana venne tributato ad unanimità un voto di plauso al presidente sen. Giovanni Ciraolo.

A tangibile riconoscimento dell'intelligente attività svolta per la C. R. I., il colonnello comm. dott. Cesare Baduel, direttore generale, è stato nominato *motu proprio* di S. M., grand'ufficiale della Corona d'Italia.

Congratulazioni.

Per un medico caduto in guerra.

Nella Scuola per Infermiere annessa alla Casa di cura delle *Blue Sisters* in S. Stefano Rotondo a Roma, fu posto un ricordo marmoreo in memoria del capitano medico dott. Luigi Viviani, caduto a Castelfranco Veneto il 2 gennaio 1918, mentre nell'ospedale era intento al suo lavoro chirurgico.

Erano presenti la madre e la sorella, i rappresentanti dell'Amministrazione ospedaliera, della Sanità militare, della Sanità civile, dell'Ordine dei Medici, numerosi amici e colleghi, le suore e le alunne dell'Istituto, ecc.

Pronunziarono commosse parole l'on. Paolucci, il capitano Tognoni, cieco di guerra, il maggiore Martelli degli Arditi, il prof. Gallenga per l'Ordine dei Medici, il dott. A. Pavone per l'Istituto.

I premi Nöbel.

Il premio del 1921 per la medicina non è stato assegnato e i fondi sono stati incamerati; quello del 1922 sarà forse assegnato nel prossimo anno.

Libera docenza chiesta da una levatrice.

In merito alla notizia da noi pubblicata sotto questo titolo nel fasc. 5, la sig.ª Rosina Malacarne ci informa che la libera docenza era stata chiesta da lei non in clinica ostetrico-ginecologica, ma in «ostetricia per le levatrici». Ella ha voluto così provocare dal Consiglio Superiore della P. I. un giudizio in merito alla possibilità che a levatrici già addestrate all'insegnamento e fornite di buoni titoli, sia concessa la facoltà di pubblico insegnamento alle allieve levatrici.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Practitioner, nov. — W. I. de C. Wheeler. L'operazione come parte del trattamento conservativo del morbo di Pott. — J. R. Keith. I libri che mi hanno aiutato.

Riforma Med., 6 nov. — N. Novaro. L'intero colon trasverso e il proprio meso in ernia inguino-scrotale. — G. Composti. Meningite cerebro-spinale da meningococco a decorso ambulatorio.

Medic. Ibera, 4 nov. — J. Camino Galicia. Semeiologia mentale normale e patologica.

Rev. Españ. de Med. y Cir., ott. — V. Cusidó. Interpretazione delle analisi di orina. — A. Arteaga Pereira. Terapia bromatologica.

Arch. of Radiol. a. Electroth., ott. — Resoconto di congresso.

Journ. d. Praticiens, 4 nov. — E. Villela. Stati endocrinopatici larvati.

Riv. Ospedal., 15-31 ag. — A. Natali. Pleuriti colesteriniche.

Pathologica, 1 nov. — V. Grandis. Raffinazione della farina di frumento e valore alimentare del pane.

Paris Méd., 4 nov. — Numero sulle malattie dell'infanzia.

Presse Méd., 1 nov. — F. Pedrazzini. Obesità e ipertensione. — 4 nov. — A. Carniol. Cirrosi atrofica ricorrente.

Mediz. Klinik, 5 nov. — L. Görl e L. Voigt. Le cardiopatie sifilitiche. — R. Ehrmann. Arteriosclerosi familiare. — B. Blühdorn. Le manifestazioni della diatesi essudativa.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 nov. — A. Policard. La pars intermedia dell'ipofisi.

Liguria Med., 1 nov. — O. I. Saggioro. Poliartrite reumatica acuta esplosa in seguito a trauma.

Archivi.

Haematologica. — V. P. Ferro. Leucemia acuta emocitoblastica (Ferrata). — G. Di Guglielmo. Sulla primitiva cellula migrante. — Dowmey. Struttura e origine dei seni linfatici nei gangli linfatici. — S. Racchiusa. Alimentazioni incomplete.

Annales de Méd., sett. — P. Sainton e E. Schulmann. Respirazione dei basedowiani.

Folia Gynaecologica, n. 4. — N. Dallera. Cura delle forme infiammatorie annessiali con la trementina.

Ann. Institut Pasteur, sett. — A. Calmette, L. Negre e A. Boquet. Tentativi di vaccinazione della cavia e del coniglio contro l'infezione tubercolare. — J. S. Valtis. Effetti del pneumotorace artificiale nel coniglio.

Giorn. di Psichiatr. clin. ecc., 1-2. — G. Ravà. Istinto ed emozione. — C. Roncati. Funzionalità epatica e renale nelle forme depressive.

Morgagni (Arch.), 31 ott. — I. Di Pace. I preparati opoterapici nella diagnosi della malaria latente. — C. Miceli. Amenorrea legata a presenza di vermi intestinali.

Revue Neurol., sett. — E. Lesné e P. Duhem. La leontiasi ossea secondo i documenti radiografici. — E. Christin. Contrattura della lingua post-encefalitica. — D. Danielopolu, A. Radovici e A. Carniol. Ricerche sul tono dei muscoli volontari.

Indice alfabetico per materie.

Acque minerali: tutela . . . . . . Pag. 227
Ascesso cerebrale d'origine non comune » 219
Assicurazione-malattie: in tema di — . » 226
Baliatico: vigilanza igienica . . . . » 221
Bibliografia . . . . » 216
Cronaca del movimento professionale . » 226
Denti: alterazione della stabilità da cura iodica interna . . . . » 221
Dolori vertebrali: substrato anatomico e diagnosi . . . . » 219
Emicrania: uso del luminal . . . . » 220
Emiplegie cerebrali: disturbi vasomotori » 219
Endocrinologia: principii applicabili all'organoterapia . . . . » 213
Esantema scarlattinoso . . . . . . » 221
Glandole endocrine: ipofunzione ed iperfunzione . . . . » 212
Ipernefroma: contributo clinico . . . » 207
Larve di mosche nel condotto uditivo esterno . . . . » 210
Medici condotti stabili: licenziamento . Pag. 224
Medici condotti: stabilità nel caso di successione fra Enti . . . . » 224
Medicina interna: comunicazioni varie . » 217
Medici stranieri: esercizio professionale nel Regno . . . . » 225
Parkinsonismo post-encefalitico . . . » 201
Pazzia ovaripriva . . . . » 214
Pensioni: riforma della legge . . . . » 224
Polineurite: aumentata frequenza . . » 219
Secrezioni interne e metabolismo: rapporti . . . . » 213
Siero di sangue: provvista per la preparazione di substrati colturali . . . . » 200
Sifilide epatica con sintomi di ascesso . » 220
Teorie di Einstein e biologia . . . . » 221
Tumori tiroidei: metastasi . . . . . » 220
Vigilanza igienica: organizzazione . . . » 224

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 19 Febbraio 1923 Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: P. de Favento: I sali di bismuto nella cura della sifilide.
Riviste sintetiche: I. Bersani: Parkinsonismo post-encefalitico.
Osservazioni cliniche: C. Licini: Sui rapporti fra traumi e tumori.
Note di tecnica: L. Cappelli: Nuovo sistema (mobile) e nuovi apparecchi per radiumterapia.
Note polemiche: G. Sadnig: Sulle anestesie locali.
Sunti e rassegne: ARTICOLAZIONI: G. Parker: Sull'osteoartrite dell'anca. — Bircher: Sulla terapia operativa della coxa vara statica. — Payr-Hedri: La canfora fenicata in chirurgia articolare. — Ch. Willems. La meniscite cronica. — P. Jacoby: Crepitatio scapularis.
Cenni bibliografici.
Prolusioni: Prolusione del prof. Dionisi.
Accademie. Società mediche, Congressi: Società medico-chirurgica Anconetana.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: INFEZIONI LOCALI: Il problema tonsillare. — Effetti della tonsillectomia in 5000 bambini. — Valore diagnostico dell'adenite epitrocleare nell'infanzia. — Il trattamento delle otiti grippali. — Cura dell'antrace e dei foruncoli. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Karys Naswitis: Sopra di una nuova funzione della milza. — IGIENE: La dimostrazione sierologica di aggiunta di sangue eterogeneo ai sanguinacci di maiale. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA: Il segreto professionale del medico e il matrimonio.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Assistenza sanitaria agli invalidi di guerra. — Riordinamento di organi e di attribuzioni centrali. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Bozzetto del Monumento al Medico caduto in guerra. — Per le Onoranze a Guido Baccelli. — Pei congedati malarici. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Cronaca epidemiologica: Le malattie infettive in Italia.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

I sali di bismuto nella cura della Sifilide.

Dott. PIERO DE FAVENTO (Trieste).

Già nel 1889 Balzer, un eminente sifilologo francese, aveva fatto sui cani delle esperienze con sali di bismuto, pensando che gli stessi potessero essere adoperati nella cura della lue umana; egli dovette però abbandonare i suoi studi causa le gravi stomatiti ed enteriti prodotte dal bismuto.

Nel 1916 Santon e Robert fecero altre ricerche sull'influenza del bismuto nella spirillosi dei polli e nella trapasonomiasi. Nel 1920 gli esperimenti vennero ripresi da due scienziati francesi, Sazerac e Levaditi, che comunicarono nel maggio 1922 all'Accademia delle Scienze di Parigi i risultati da loro ottenuti coi sali di bismuto nei conigli infettati con virus sifilitico dermo- e neurotropo ed in 5 casi di lue umana.

Il sale di bismuto da loro adoperato era il tartro-bismutato di potassio e sodio. Nel novembre 1922 Fournier e Guénot comunicarono alla Società francese di dermatologia e sifilografia i risultati ottenuti nella terapia e sifilografia umana: essi avevano curato 150 malati nei più diversi stadi della lue, praticando circa 1500 iniezioni. Da principio avevano adoperato per via endomuscolare il tartro-bismutato di potassio e sodio in soluzione acquosa; dovettero però abbandonarlo causa i dolori prodotti dall'iniezione, e ricorsero ad un'emulsione del sale con olio d'oliva.

I risultati da loro ottenuti furono quanto mai incoraggianti, e l'azione specifica del rimedio si rilevò tale, con maggiore o minore intensità, nelle più svariate forme della lue: fu specialmente notata la sparizione delle spi-

rochete dell'ulcera dura, in qualche caso già dopo un'iniezione sola. La guarigione del sifiloma, delle placche alle mucose e degli esantemi avveniva rapidamente, come con le iniezioni mercuriali ed arsenobenzoliche. L'effetto terapeutico del sale era stato ottimo anche nelle forme terziarie. Essendo i loro studi ancora troppo recenti, non avevano potuto ancora giungere a risultati decisivi sull'azione del sale di bismuto sulla Wassermann, pure in parecchi casi la prova era divenuta negativa dopo il trattamento. Iniettavano da 2-3 grammi del rimedio in una cura, dividendolo in 10-12 iniezioni di 20-30 centigrammi, fatte due volte alla settimana. Dopo un mese di pausa ripetevano la serie di iniezioni. Inconvenienti gravi della cura non furono notati dagli autori, se si eccettui la stomatite ed in qualche caso una lievissima albuminuria passeggera. Essi osservarono che il bismuto cominciava a venire eliminato dal corpo coll'orina dopo 20 ore circa, ed il riassorbimento completo avveniva molto lentamente con grande vantaggio terapeutico, 20-30 giorni dopo compiuto un periodo di cura. Il sale era pure eliminato colle feci, col sudore, con la saliva e con la bile. Si riscontrava nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano.

Dopo questa prima importante comunicazione dei due professori francesi, il nuovo rimedio venne esperimentato in molte cliniche ed ospedali ed apparvero varie pubblicazioni in proposito. Il prof. Truffi all'ultimo Congresso della Società italiana di dermatologia e sifilografia, tenuto a Roma nel dicembre 1921, ha fatto un breve incoraggiante cenno sui primi casi da lui trattati col bismuto. Cesare Ducrey pubblicò sul *Policlinico* le esperienze da lui fatte nella clinica di Roma: «Decisa azione del tartro-bismutato sulle manifestazioni luetiche, ma inconvenienti da parte dei reni, dell'intestino e della mucosa orale».

Un importante lavoro venne pubblicato dal prof. Pasini nel «Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle» nel maggio di quest'anno: egli riporta le sue esperienze su 31 malati curati col tartro-bismutato, tanto in soluzione acquosa, quanto in emulsione, e giunge alle seguenti conclusioni: «Il bismuto ha azione specifica manifesta sulla sifilide. Sembra più attivo del mercurio per ciò che riguarda rapidità di azione distruttiva verso la spirocheta pallida, meno attivo per ciò che riflette l'azione risolvente verso gl'infiltrati specifici del periodo primario e secondario. Nell'uno e nell'altro caso i preparati di bismuto sono meno attivi in confronto degli arsenobenzoli. I preparati di bismuto costituiscono pertanto un nuovo presidio terapeutico contro la sifilide, che può tornare utile e prezioso, sopratutto nei casi di indifferenza al mercurio ed agli arsenobenzoli». Consiglia infine cautela, dati i possibili inconvenienti, che potrebbero derivare dalla nuova cura.

Quasi alle stesse conclusioni del Pasini giunge anche il prof. De Bella della sezione dermosifilopatica dell'ospedale di Genova.

Il prof. Giacomo De Fine dell'Ospedale Umberto I di S. Paulo, in una sua nota preventiva è anche favorevole al nuovo rimedio.

Discussioni importanti si fecero negli ultimi mesi alla Società francese di dermo-sifilografia sull'impiego del bismuto nella terapia della sifilide, e la grande maggioranza degli esperimentatori, come Jeanselme, Chevallier, Pomaret, Milian, Leredde, Levy-Bing, ecc., si mostrarono favorevoli al nuovo rimedio. Favorevoli pure sono Bernard e Duhot di Bruxelles. Veber considera il tartro-bismutato un agente spirillicida ed antisifilitico per eccellenza.

Nel n. 15 della *Münchener med. Wochenschrift* di quest'anno il dott. Müller pubblica le sue esperienze col bismuto su 25 malati di sifilide. Anch'egli adotta gli stessi sistemi di cura degli autori francesi e, sebbene non possa giungere a conclusioni definitive sul nuovo preparato, pure non può che confermare i brillanti risultati ottenuti dagli esperimentatori francesi. Non ebbe a notare alcun inconveniente, se non un lieve principio di stomatite che non lo costrinse ad interrompere la cura. Potè controllare con i raggi Röntgen il lento riassorbimento del bismuto nei glutei.

Nel n. 38 della *Dermatologische Wochenschrift* di questo anno il dott. Deselaers descrive alcuni casi da lui curati col bismogenol, un preparato di bismuto fabbricato in Germania, e riporta il convincimento che il bismuto è un eccellente antisifilitico, del quale non si può fare a meno, in quei casi, nei quali mercurio e Salvarsan non vengono sopportati. Anche il dott. Felke della clinica di Rostock espone giudizi favorevoli sul bismuto in una sua pubblicazione sulla *Münch. med. Wochenschrift* del settembre 1921.

Gli autori tedeschi osservano che le loro esperienze sono ancora limitate causa il caro prezzo del preparato francese.

Il dott. Sedlak della Clinica dermatologica dell'Università di Presburgo pubblica nell'ultimo numero della *Ceska Dermatologie* 76 casi di lue trattati col bismuto. Egli studiò accuratamente al paraboloide la scomparsa dei treponemi, che non trovò più nelle ulceri dopo la 3ª iniezione di Trepol; giunge alla conclu-

sione che il bismuto, oltre il suo valore spirocheticida indiscusso, possiede anche un effetto manifesto sulle efflorescenze luetiche. Il dott. Redaeli di Genova espone nel fasc. V del *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle* di quest'anno i risultati ottenuti in 20 luetici curati col tartro-bismutato, col Luatol e con un citrobismutato sodico in soluzione acquosa. Le sue conclusioni sono le seguenti: azione specifica del rimedio sulle manifestazioni luetiche, specialmente nei casi resistenti agli arsenobenzoli ed al mercurio; miglioramento dello stato generale dei pazienti. La Wassermann influenzata in modo incostante. Fra gli inconvenienti nota frequente stomatite e qualche alterazione renale, che può venir guarita rapidamente. Pronostica nuovi preparati e nuovi modi di somministrazione, che daranno ancora migliori risultati.

Marie e Foucade hanno fatto esperimenti col bismuto nella sifilide nervosa, con buoni risultati nelle gomme, nelle arteriti cerebrali e nelle neuriti, con risultati nulli nella paralisi progressiva.

Fournier, Guénot, Müller ed altri osservarono miglioramenti nelle crisi gastriche dei tabetici.

Importanti studi e pubblicazioni vennero anche fatte da Milian, Perin ed Azoulay sulla stomatite prodotta dal bismuto, che va dal semplice orletto gengivale, fino alle forme più gravi di infiammazione della bocca, facili ad essere evitate con la scelta dei casi e con la più scrupolosa igiene.

L'albuminuria prodotta da intossicazione di bismuto è stata pure accuratamente studiata. Alcuni autori, come Lévy-Bing, Lacapère, Clément-Simon, Redaeli, ecc., l'osservarono in sifilitici curati col Trepol; non vi furono mai casi di morte e l'affezione renale guarì senza conseguenze. Blum considera la nefrite come una manifestazione secondaria derivante dall'intossicazione della mucosa orale ed intestinale e, come tale, facilmente evitabile con la assidua osservazione del malato e delle sue orine.

Avendo ricevuto un quantitativo di fiale di tartro-bismutato di potassio e sodio o Trepol (da treponema), come si chiama in commercio il nuovo preparato, ho voluto esperimentarlo in malati di sifilide.

Già nel maggio scorso ho mostrato all'Associazione medica di Trieste tre pazienti curati ambulatoriamente col Trepol, con ottimo risultato. I malati da me finora trattati col nuovo rimedio sommano a 50.

Per provare l'efficacia del preparato, in tutti i miei malati ho adoperato esclusivamente il bismuto e soltanto il tartro-bismutato di potassio e sodio in emulsione, mai in soluzione acquosa, per evitare il pericolo di un'eventuale iniezione del preparato in una vena e quindi del suo riassorbimento troppo rapido, che potrebbe essere nocivo al malato. Per l'iniezione stessa ho seguito tutte le norme della più scrupolosa asepsi e le solite regole di un'iniezione endomuscolare. Non ho sorpassato mai la dose di 0.15 per ogni singola iniezione praticandole due volte alla settimana; per ogni cura ho iniettato circa due grammi di Trepol.

Per poter meglio studiare e seguire l'effetto del bismuto sulle manifestazioni luetiche, ho scelto due categorie di malati: alla prima appartengono 30 pazienti, che non erano stati mai curati: di questi 9 erano affetti di ulcera dura, nel primissimo stadio della malattia, con sierodiagnosi negativa; 20 avevano manifestazioni secondarie ed uno era affetto da sifilide gommosa della tibia. La seconda serie comprende 20 pazienti, che erano già stati curati precedentemente con arsenobenzoli e mercurio e che si erano dimostrati specialmente refrattari alla cura, o per continue recidive (11 malati) o per sierodiagnosi insistentemente positiva (9 malati).

Come ho già detto in tutti questi 50 malati ho adoperato esclusivamente il Trepol.

Il rimedio dimostrò il suo effetto specifico su tutte le forme di sifilide. I sifilomi scomparvero dopo 3-4 iniezioni. In alcune ulceri non trovai più spirochete al paraboloide dopo la prima o seconda iniezione. Gli infiltrati, anche negli indurimenti massivi scomparvero dopo 5-6 iniezioni. Così pure diminuirono gli ingorghi ghiandolari. Più tenaci a sparire furono gli esantemi papulosi, mentre i maculosi retroessero dopo 4-5 iniezioni. Immediato fu l'effetto del Trepol sulle placche mucose. Pure ben influenzate furono le forme terziarie ossee e cutanee. Non adoperai ancora il Trepol in malati di tabe o di aortite. Notai uno speciale beneficio della cura col bismuto negli 11 malati, che si erano mostrati refrattari o male tolleranti le cure arsenobenzoliche e mercuriali, e che andavano soggetti a continue recidive. Specialmente in uno di questi pazienti si manifestò in modo sorprendente l'efficacia del Trepol: egli era stato da me curato per due anni con circa 16 grammi di neosalvarsan e 40 iniezioni di salicilato di mercurio; malgrado la cura aveva ancora una placca all'angolo della bocca con sierodiagnosi positiva. Dopo 3 iniezioni di bismuto la manifestazione alla bocca era scomparsa. Da sei mesi egli sta sempre bene ed anche la Wassermann

dopo una cura di due grammi di Trepol è divenuta negativa.

Le mie esperienze sono troppo recenti ancora, per poter formulare un giudizio esatto sull'influenza del bismuto sulla Wassermann, specialmente in quei pazienti affetti di forme latenti con sierodiagnosi positiva, resistente alle altre cure classiche. Posso asserire che nei primi sei malati, quattro affetti da ulcera dura e due da forme secondarie, da 8 mesi in osservazione e che sottomisi a due cure complete, la Wassermann ripetuta si mantiene costantemente negativa. Negli altri malati il trattamento è ancora troppo recente per potere formulare un giudizio sulla potenza curativa del Trepol in base alla sierodiagnosi.

Sebbene tutti i miei malati venissero curati ambulatoriamente, nessuno si lagnò di dolori troppo forti al posto dell'iniezione, i disturbi furono in tutti i casi inferiori a quelli prodotti dai preparati mercuriali insolubili; si noti che le punture venivano fatte due volte alla settimana.

Osservai in qualche caso lieve inizio di stomatite, in qualche altro il tipico orletto gengivale, mai forme gravi di infiammazione della bocca. Ciò è dovuto, in confronto ad altri sperimentatori, forse al fatto, che non ho mai sorpassato la dose singola di 10-15 centigrammi per iniezione; che ho scelto malati con denti sani e che ho dato sempre grande peso all'igiene più scrupolosa della bocca.

Non ho mai osservato nè disturbi intestinali, nè albuminuria; anche ciò è forse dovuto alle singole piccole dosi adoperate.

Nessuno dei miei pazienti deperì durante la cura e tutti poterono sempre lavorare. Devo esporre ancora i criteri di cura, che intendo seguire, specialmente nei 30 pazienti, che trattai finora esclusivamente col bismuto.

Anche qui, come nelle cure arsenobenzoliche e mercuriali, dovrò fare una differenza, a seconda dello stadio della malattia, nel quale venne iniziata la cura: nei primi casi ho già fatto due periodi di cura ad intervalli da uno a due mesi, il terzo periodo di riposo sarà di 3-4 mesi. Per le altre cure, che ripeterò ancora, secondo le regole classiche della cura intermittente continuata, dovrò regolarmi a seconda dei sintomi e della sierodiagnosi.

Accertata la indubbia efficacia specifica del bismuto sulla sifilide, e del pari la sua innocuità ricorrerò alle cure miste ed alternate con arsenobenzoli e mercurio.

Concludendo, posso dire, in massima d'accordo con gli altri esperimentatori, che le mie esperienze, che datano da soli otto mesi, hanno assodato in modo non dubbio, che il bismuto è un rimedio specifico della lue; per la cui cura quindi abbiamo a disposizione un nuovo potente mezzo terapeutico.

Che dosato con prudenza il bismuto non ha mostrato finora nei miei malati alcuna tossicità.

Che, dato il troppo breve tempo, nel quale viene esperimentato, non posso formulare un giudizio sicuro sulla sua efficacia duratura e così pure non posso fare un esatto parallelo sulla sua potenza curativa, in confronto a quella ben nota degli arsenobenzoli e del mercurio.

Trieste, novembre 1922.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO
Sezione Medica diretta dal prof. ZUCCOLA

Parkinsonismo post-encefalitico

per il dott. IGINIO BERSANI, assistente.

(*Cont. e fine, v. n. 7*).

Variamente intensi sono i disturbi psichici che possono seguire all'encefalite letargica. Da un semplice delirio possono raggiungere il grado di una confusione mentale o di una vera e propria demenza. Li descrisse per primo da noi Zagari; Silvestrini pure ammetterebbe che la mentalità sia compromessa nel parkinsonismo postencef. mentre sarebbe integra nel morbo di Parkinson autentico ;altri autori (Jacquin) sosterrebbero invece che la psiche, la facoltà volitiva e deliberativa siano integre, mentre leso sia soltanto il potere esecutivo motore. Il parkinsoniano ha infatti l'impulso alla azione, non presenta il «barrage» della volontà, e in ciò si distingue dal catatonico. Converrà tenere presente questo carattere differenziale, poichè da una lato la facies, la rigidità parkinsoniana, dall'altra lo stupore, la tensione muscolare catatonici, e la comune indifferenza agli stimoli psichici, ecc. potranno mettere il dubbio, al primo esame, se ci si trovi dinnanzi ad un malato di mente, anzichè di esiti di encefalite. Il caso riportato da Petit, verte appunto su una giovane ammalata nella quale la sindrome parkinsoniana si iniziò con disturbi del carattere e dell'umore, con ansietà, idee deliranti, stupore e agitazione catatonica, leggera sonnolenza intermittente. Briand pensa che i disturbi del carattere così frequenti quali esiti dell'encefalite, intervengano quando esista già una predisposizione mentale degli ammalati stessi, e attira l'attenzione sul delicato studio dei sintomi di disordine mentale specie quando il processo ence-

falitico è stato latente o poco chiaro. Non dissimili sono le osservazioni del Maillard e del Rouquier.

Ma il quadro sintomatologico non sempre è completo e facile è il rinvenire forme che meritano l'aggettivo di fruste, o perchè i sintomi esistono, ma sono larvati, o perchè ne mancano alcuni o sono invece presenti altri assai rari.

Così per citare qualcheduna di queste sindromi parkinsoniane larvate, ricorderò i casi di Pierre Marie, e Levy in cui i caratteri della forma consistevano in diminuzione della forza, lentezza dei movimenti, fenomeno della troclea dentata, rigidità dei muscoli, tremori, ipertonia, amiostenia, a carico di un solo arto superiore; — il caso quasi identico di Sainton e Schulmann; — i casi di Ceconi, uno con ipertonia e tremori che dapprima bilaterali si ridussero su di un sol lato; un altro con tremori a scosse molto grossolane, da ricordare piuttosto una mioclonia che un tremore, localizzato alla faccia, al collo e all'arto superiore di un sol lato; un altro ancora con emiparesi, atetosi, disartria e afasia; — il caso di Froment e Paliard, in cui alla sindrome si associavano dei movimenti della bocca accompagnati da chiusura delle palpebre, tali da rassomigliare perfettamente ad uno sbadiglio.

Nelle sindromi postencefalitiche è stato notato un altro particolare disturbo che i francesi hanno denominato « Tachiphemie intermittente ». Il fenomeno consiste nella ripetizione successiva di una frase o di una parola di una frase, o in una accelerazione della fine del discorso che arriva sino ad una confusione talvolta inintelliggibile.

Esso è differente dall'ecolalia. Ho potuto osservarlo in un nostro ammalato, il quale aveva inoltre una specie di stereotipia dei movimenti; coll'esercizio si riusciva talvolta ad impedire che l'ammalato ripetesse la stessa parola, ma cessata l'inibizione, egli ricadeva nello stesso disturbo.

In un caso di Claude e Dupuy-Dutemps il paziente, oltre al ripetere le parole aveva una lacrimazione piuttosto intensa, senza che esistesse alcuna affezione delle vie lacrimali, che gli autori interpretarono dipendere da irritazione del simpatico.

È fuori dubbio infatti che nel parkins. postencefalitico avvengono fenomeni irritativi a carico del simpatico: Claude in un suo paziente osservò anisocoria, dermografismo bianco molto evidente, reazione all'iniezione di adrenalina. Negro pensa che la viva reazione dei nervi vaso-motori che si manifesta nei parkinsoniani con un intenso rossore della faccia e dei padiglioni delle orecchie, associati talvolta con riso spasmodico, dopo un'emozione psichica anche lieve (quasi come se stesse a sostituire la pronunciata amimia dei muscoli del viso), riconosca lo stesso meccanismo della eritrofilia di taluni neuropsicoastenici, la cui natura neurosimpatica è sicuramente dimostrata. Per interessamento dei centri simpatici sono pure spiegati la salivazione, certi eritemi della faccia, certe crisi di eritromelalgia, disturbi degli sfinteri, priapismo, e persino ematurie (Parot). La scialorrea è per lo più moderata, raramente profusa. In casi di nostra osservazione infatti abbiamo notato una perdita di saliva non così cospicua come per altri di encefalite, suscettibile di moderazione mediante preparati di Belladonna.

I disturbi del ritmo del sonno quali l'inversione del ritmo o l'insonnia assoluta, che richiamano su di sè tanta attenzione durante il periodo encefalitico, non sono di regola tanto evidenti negli esiti lontani, ma possono tuttavia esistere. Così in una bambina ricoverata nella nostra sezione, che, come postumi di una encefalite, presentava paresi spastica agli arti, tremore parkinsoniano generalizzato, ottundimento della memoria, era presente una netta inversione del ritmo del sonno. Si osserva inoltre che gli affetti da parkinsonismo, specie quelli che per la predominanza di sintomi amiostenici sono costretti al letto, si abbandonano facilmente al sonno durante il giorno, salvo le ore in cui sono visitati o prendono il cibo, per modo che alla notte trascorrono facilmente qualche ora insonne. Questi ammalati in genere, quando l'insonnia è protratta poco più del consueto, si lagnano di non poter dormire, e se addormentati vengono svegliati, si dimostrano piuttosto scontrosi ed irascibili. È superfluo l'aggiungere che anche quando si adira, il parkinsoniano non muta la sua mimica e il suo volto non perde nulla della sua caratteristica espressione.

Quando la sindrome parkinsoniana sta per instaurarsi, può esistere invece l'inversione della temperatura, nel senso che quella della sera è più bassa della mattina, e talvolta nello stesso momento la temperatura ascellare può superare di un grado centigrado la rettale (Sicard). I parkinsoniani presentano inoltre quel comportamento del diaframma che consiste in una asinergia fra le due metà e immobilità della parte esterna, con respirazione monotona.

I sudori sono sempre facili; è stata segnalata glicosuria (Guillain, Economo, Groëbbels), iperglicemia ed aumento dello zucchero nel liquido cefalo rachidiano. Esaminando il liqui-

do cefalo rachidiano, Guillain ha trovato che esso, per i suoi caratteri, non differisce da quello del morbo di Park. vero; e che la reazione di Bordet-Wassermann e quella al Benzoino colloidale sono per lo più negative. Girardi si è occupato del reperto ematologico ed ha messo in rilievo un certo grado di eosinofilia variante dall'8 al 20 %.

Riguardo al decorso (per lo più apirettico), il parkins. postencef. è affezione eminentemente cronica, e i casi rarissimi con rapida (sempre relativa però), risoluzione, costituiscono l'eccezione. Decorso e prognosi si uniscono in sconfortante connubio, nel senso che le forme in cui i sintomi regrediscono (le così dette sindrome regressive) possono sempre far temere delle riprese, anzi il medico le deve temere; e quelle così dette stazionarie si trasformano insensibilmente dopo uno o due anni nel morbo di Park. vero e proprio. Gli autori che all'inizio dell'epidemia di encefalite parlarono di forme passate a guarigione, furono sorpresi, per così dire, dal ricomparire dei sintomi dopo magari un intero anno di benessere da parte dell'ammalato o dall'iniziarsi della sindrome parkinsoniana; tanto che sorsero molti dubbi che il parkinsonismo non sia una conseguenza dell'encefalite, ma costituisca lo stadio cronico della stessa. Si parlò di un lungo periodo di virulenza del germe specifico che si esalta particolarmente nell'epoca invernale, si paragonò il decorso dell'encefalite alla lue, e osservando il decorso clinico si avanzò anche l'ipotesi che i cosidetti postumi non siano invece che altrettante estrinsecazioni sintomatologiche della malattia fondamentale, l'encefalite. In appoggio a questa ipotesi stanno molti casi osservati da autori stranieri e italiani e anche da me; casi tutti che hanno in comune una evoluzione progressiva e a ricadute e che implicano una manifesta virulenza del germe specifico.

Molto rare sono le osservazioni di gravidanza in donne affette da parkinsonismo postencefalitico. Guillain e Gardin ne hanno una: la gravidanza si svolse normalmente, il parto avvenne a termine, solo il periodo di espulsione avvenne molto lentamente. Il feto pesava 2760 grammi, era ben conformato e non presentò in seguito alcun disturbo.

Questo caso ha indotto gli autori a pensare che la gravidanza e l'affezione parkinsoniana non si influenzino reciprocamente, e che il prodotto del concepimento possa nascere immune da tara patologica. Da essi discorde è Marinesco.

La diagnosi non presenta alcuna difficoltà quando la sindrome è completa. La facies parkinsoniana è stata descritta tanto diffusamente e basta aver veduto un solo ammalato per riconoscere facilmente la malattia. Come ho accennato in altra parte della mia breve rassegna, può sorgere solo qualche difficoltà diagnostica quando il quadro si instaura in maniera incompleta, o quando il predominio di questo o di quel sintomo può fare orientare falsamente il concetto del medico. Infatti molte sono le sindrome provenienti da lesioni del mesocefalo, colle quali l'encefalite epidemica ha dei rapporti; esse sono: la sindrome infundibulare di Lhermitte e Claude; la sindrome di Wilson, la sindrome del *neostriatum*, e quella di C. Vogt. Tutte queste lesioni hanno qualche carattere comune; come criterio diagnostico differenziale distingueremo:

per la sindrome infundibolare (terzo ventricolo, *infundibulum*, *tubercinereum*, regione retro chiasmatica, fascio genicolato) i disturbi cardio vascolari, la disartria, i disturbi psichici; per la sindrome di Wilson (putamen, nucleo caudato; nucleo rosso, peduncolo cerb. sup.) oltre alla regolare fatale progressività di decorso sino all'esito letale, la presenza di una cirrosi epatica cui si associano alterazioni spleniche e pancreatiche, calcificazione e sclerosi dell'aorta e dei grossi vasi;

per la sindrome del neo-striatum (nucleo caudato, putamen) la disfagia, l'atetosi marcata (rara o assente nel parkinsonismo postencefalitico) la marcia a piccoli passi;

per la sindrome di Wogt (putamen) l'atetosi doppia.

Ho citato queste forme che mi sembrano corrispondere in pratica ai casi che si possono incontrare; le sindromi dei corpi striati hanno tratti clinici così affini da fare ben dire al Sainton che « les faits observés ont tous entre « eux un air de famille » qui permet de les classer les uns à côtè des autres ».

La terapia arsenicale ad alte dosi usata per l'encefalite, che in mano ad alcuni autori diede ottimi risultati, ad altri molto scarsi e discutibili, costituisce anche per il parkinsonismo il sussidio cui si ricorre colla massima speranza. Ripeto che contrarie furono le conclusioni rispetto ai vantaggi effettuati ed affettuabili, e autorevoli i nomi dei clinici che si schierarono favorevolmente o contrari alla somministrazione del cacodilato di soda, sino alla dose di grammi 1.50 al giorno. La somministrazione naturalmente avviene per via ipodermica, partendo da 10 centgr. al dì, ed aumentando la dose di uguale misura, ogni tre giorni consecutivi, sino ad arrivare alla dose volùta. Contemporaneamente, specie nelle forme accompagnate da fenomeni eccito-mo-

tori, si dà al paziente la scopolomina sotto forma di bromidrato, o la duboisina o la ioscina preconizzata da Sharp, Bruce, Erb e considerata da Babinski come lo specifico del parkinsonismo. Alcuni autori, per es. Barré e Reys, nei casi leggeri prescrivono la scopolamina sola, in granuli da 1/4 di milligr., una o due volte al giorno per qualche settimana. Nei casi più gravi, preferiscono iniettarla sotto cute alla dose iniziale di 1/10 di milligrammo, che può essere aumentata progressivamente sino a 8/10 di milligrammo al giorno.

Talvolta si unisce la scopolamina e la duboisina, la scopolamina e la morfina, poichè pare che queste sostanze integrino vicendevolmente la loro azione e specialmente la morfina impedisca i fenomeni nervosi.

Nei casi favorevoli, circa mezz'ora dopo l'iniezione di scopolamina, l'ammalato ha un senso di sollievo generale, i tremori cessano, la rigidità diminuisce, la pressione arteriosa si abbassa, la scialorea cessa; quando invece i sintomi si mostrano piuttosto ribelli, si può ricorrere anche all'atropina, la quale in genere, usata con prudenza, non dà fenomeni tossici, specie se la si alterna giornalmente o ogni due o tre giorni colla scopolamina o scopolamina e duboisina, o scopolamina e morfina. L'atropina pare agisca sulla rigidità e sui tremori.

L'eserina usata pure come succedaneo della scopolamina, è stata tosto messa in disparte.

Per quanto possiamo dire col frutto della nostra personale esperienza (all'incirca una quindicina di casi), il cacodilato ad alte dosi dà purtroppo scarsi vantaggi, mentre un'attenuazione dei sintomi generali (tremori, rigidità), si ottiene quasi sempre mediante la scopolamina.

Lesnè, nei bambini, ha ottenuto buoni effetti nella terapia delle mioclonie conseguenti all'encefalite col liquore del Boudin, cominciando dalla dose quotidiana di 5 grammi e aumentando sino a 15 grammi, Lepay consiglia l'olio jodato francese; ultimamente si ricorre anche alla comune tintura di jodio per os. da 5 a 25 goccie al dì, in scala ascendente e discendente. Guillain ha avuto qualche successo somministrando, per via interna, della tintura di arnica sino alla dose di 2-3-4 gr.

Pierre Marie, e Bouttier, ricercando un farmaco capace di agire sul neurone motore periferico e specialmente sulla placca motrice terminale, allo scopo di attenuare le scosse miocloniche e gli spasmi talvolta dolorosi, hanno adoperato il bromidrato di cicutina, per via ipodermica in soluzione al 1/1000, in modo da iniettarne da gr. 0.001 a gr. 0.003 al giorno.

Essi hanno notato che sorvegliando la somministrazione del farmaco (specie nei riguardi della funzione renale) si evitano facilmente fenomeni di intolleranza; e che perciò occorre praticare le iniezioni solo ogni tre giorni per la durata di un mese, oppure quotidianamente per cinque giorni con uguali intervalli di sospensione.

La siero-terapia, praticata iniettando il siero di guariti in ammalati, non ha dato alcun risultato; l'opoterapia ha avuto insucesso completo, come il trattamento chirurgico per i raccorciamenti tendinei (tenotomia, allungamento di nervi) il quale si dimostrò anzi più nocivo ancora.

Si potranno utilmente prescrivere dei sedativi quali il Luminal, il Gardenal, il Sedobrol; favorire lo stato generale con delle faradizzazioni, massaggi, idroterapia; a seconda dei casi sopperire al deperimento (non molto marcato in vero) con ricostituenti (fosforo, lecitina, ecc.) sorvegliando necessariamente la dieta, l'alvo e l'emuntorio renale.

BIBLIOGRAFIA.

XXVII Congresso di Medicina Interna. Tema: « Encefalite Epidemica ». Relazione e discussione. Riforma Medica, n. 44-45, 1921.

2ª Riunione Società Neurologia, Parigi 1921. Tema: « Sindrome Parkinsoniane ». Relazione e discussione. Presse médicale, n. 53, 1921

PONTANO e TRENTI. *Sul singhiozzo epidemico*. Policlinico, S. P., n. 35, 1921.

GUILLEMARD. *Singhiozzo ed encefalite epidemica.* Presse méd., . 55. 1921.

ROGER. *Sindrome eccito-motrice con singhiozzo.* Presse méd., n. 58, 1921.

SILVESTRI. *Del singhiozzo epidemico.* Riforma med., n. 20, 1922.

LHERMITTHE-CORNIL. *Un caso di Sindrome parkinson. con apparente inizio brusco.* Presse méd., n. 14, 1921.

PETTE. *Decorso e prognosi dell'encef. epid.* Minerva Med., n. 11, 1922.

LUCIANI. *Trattato di fisiologia umana.* Società Ed. Lib., Milano.

GAMNA. *Ricerche sull'istogenesi e sulla topografia delle lesioni dell'encefalite epidemica.* Giornale Clin. Med., 1921, n. 1 e 2.

ID. *Sopra uno speciale reperto microscopico che si osserva nel sistema nervoso degli ammalati di encef. epid.* R. A. Med., Torino, 25 giugno 1920

FALZI. *La sindrome parkinsoniana quale postumo di encef. epid.* Associazione medica Veronese, seduta 9 aprile 1921; Policlinico, Sez. Prat. n. 27.

LAMBRANZI. *I postumi parkinsoniani dell'encefalite epid.* Id.

AGOSTINI. *Su 4 casi di sindrome parkins. consecutive all'encef.* Acc. Med. Chirurgica di Perugia, seduta 20 dicembre 1920, Policlinico, S. P., n. 13.

NEGRO. *Osservazioni sulla sindrome parkins. nell'encef. epidemica.* Minerva Med., n. 2, 1921.

ID. *Patologia e clinica sistema nervoso.* Lezione 24ª. Lattes, Torino, 1913.

CECONI. *La sindroma amiostatica nelle manifestazioni tardive dell'encef. epidemica.* Minerva Med., n. 1, 1921.
MICHELI. *Evoluzione ed esiti dell'encef. epidemica.* Id.
MASCI. *Di un nuovo segno osservato nei parkinsoniani postencef.* Policlinico, S. P., n. 19, 1922.
ABBRUZZETTI-SILVESTRI. *Ibid.* Policlinico, S. P., n. 22, 1922.
LHERMITTE-CORNIL. *Le sindromi del corpo striato di origine luctica nel vecchio.* Presse médicale, n. 27, 1922.
BABINSKI-IARČKOWSKI-PLICHET. *Kinesia paradossa. Mutismo parckinson.* Presse médicale, n. 100, 1921.
IACQUIN. *Considerazioni sullo stato mentale nel parkins. postencef.* Presse méd., n. 58, 1921.
BRIAND e ROUQUIER. *Contributo allo studio dei disturbi mentali consecutivi all'encef. epid.* XXV Congresso degli alienisti e neurologi francesi. Presse méd., n. 68, 1921.
ZAGARI. *Encefalite letargica e polio-encefalite da influenza.* Riforma Med., 1921, n. 10, 11 e 12.
FROMENT e PALIARD. *Sindrome parkins. postencefalitica con movimenti della bocca rassomiglianti lo sbadiglio.* Presse méd., n. 88, 1921.
CLAUDE. *Sindrome parkins. unilaterale con fenomeni simpatici.* Presse méd., 1921, n. 49.
GALLO. *Encefalite epidemica.* Tesi di laurea, 1921.
GUILLAIN-GARDIN. *Evoluzione di una gravidanza in un'ammalata presentante la Sindrome Parkinsoniana postencef.* Presse méd., n. 88, 1921.
LEMANSKI. *Incursione nelle regioni devastate dell'encefalite epid.* Monde médicale, n. 595, 1922.
LHERMITTE. *Le sindr. anatomo-cliniche del corpo striato.* Annali di Med., 1920, tomo 8, n. 2.
ZUCCOLA. *Sulla recente epidemia di encefalite.* Morgagni, 1921, n. 2.
ID. *A proposito di una nuova forma di encefalite.* Policlinico, S. P., n. 3, 1921.
VALOBRA. *I postumi dell'encefalite epidemica.* R. Acc. Torino, 3 dicembre 1920.
SICARD-PARAF. *Parkinsonismo e Parkinson reliquati di encefalite.* Soc. neurol. di Parigi, 6 giugno 1920.
GIRARDI. *Sull'epidemia e sui postumi dell'encef. letargica,* luglio 1920.
DE-SANCTIS. *I disturbi psichici degli encefalitici.* Acc. Med. di Roma, 23 giugno 1920.
BABINSKI e JARKOWSKI. *Sindrome parkinsoniana con catatonia conseguente all'encef. letargica.* Soc. neurol. Par., 3 giugno 1921.
FURNO. *La sindrome del corpo striato postume all'encefalite epidemica.* Riv. Critica di Clin. Med., n. 18-19-20, 1921.
BARRE e REJS. *La sindrome parkins. post.* Presse méd., n. 50, 1921.
PAULIAN BAGDASAR. *A proposito della terapia del Park.* Presse méd., n. 72, 1921.
PIERRE MARIE-BOUTIER. *Trattamento delle mioclonie conseguenti all'encefalite epid. col bromidrato di cicutina.* Presse méd., n. 176, 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ORTONA A MARE.

Sui rapporti fra traumi e tumori.

Prof. LICINI dott. CESARE
direttore e chirurgo primario.

Gli studi sui tumori maligni erano fin'ora indirizzati sulla loro eziologia e sulle possibili cause che potessero determinarli, e le varie teorie emesse da numerosi autori, rilevano quanta passione i patologi hanno portato nello studio di essi. Fra le teorie più importanti è da ricordarsi quella di Virchow, Cohnheim, Ribbert, Thiersch, Briesch, Loeventhal, Waldeyer, Recklinghausen, Ziegler, Foà, Sanfelice, Russel, Eiselberg, Banti, Lustig, Carini, ecc. Da quando però sorsero le leggi protettive degli operai, s'incominciò a vedere se vi potesse essere un nesso tra trauma e quei tumori che si mettevano in evidenza in seguito al trauma stesso, cercando così di risolvere un importante problema sociale nei riguardi degli infortuni sul lavoro. Così alle antiche teorie dello Ziegler, dell'Hansemann ed altri, sulla possibilità dell'origine traumatica dei tumori, altri studi più moderni si aggiunsero, che riguardavano più direttamente i rapporti eventuali tra traumi e tumori, e fra questi degne di nota sono gli studi del Borri, De Mattei, Raffaele, Maggi, ecc. A me è capitato di dover operare un individuo affetto da sarcoma della tibia, e che, al dire dell'infermo, era stato notato in seguito ad un trauma al ginocchio, e, nel pubblicarlo, credo di portare un contributo alla casistica di simile affezione, nei riguardi tra trauma e tumore.

N. O., anni 18, proprietario da Gissi. Nulla di speciale nell'anamnesi famigliare, non fece mai malattie degne di nota, tranne che le comuni malattie esantematiche dell'infanzia di cui guarì completamente.

Circa 20 giorni fa, cadendo, urtò violentemente con la faccia esterna del ginocchio destro. Ebbe forte dolore, che calmò con applicazioni fredde. Circa 3 o 4 giorni dopo cominciò ad avvertire dolori lancinanti alla parte esterna del ginocchio offeso, ove il medico riscontrò una lieve tumefazione circoscritta. Non ebbe mai elevazione termica. Ritenendosi che si trattasse di una sinovite traumatica del ginocchio, si immobilizzò l'articolazione con apparecchio gessato. Però, facendosi i dolori più vivi, si inviò l'infermo a questo ospedale.

All'esame obiettivo si nota, in corrispondenza della tuberosità esterna della tibia destra, una tumefazione della grandezza di uno scudo, dolente alla pressione, pastosa, ricoperta da cute sana. Alla pressione si nota un avvallamento dell'osso, la tuberosità della tibia apparisce nel suo complesso ingrossata. L'articolazione del ginocchio ed i suoi movimenti

sono normali. L'esame radiografico della parte rileva una lacuna nella struttura ossea della tuberosità della tibia, attraversata da rari e sottili tramezzi ossei. La corticale è ridotta ad una sottile parete ed in un punto, verso l'esterno, presenta una discontinuità, attraverso cui si espande un'ombra radiografica dello stesso aspetto di quella esistente nell'interno della tuberosità della tibia. La restante epifisi tibiale ha aspetto normale. Posta la diagnosi di tumore maligno della tibia, si decide per l'intervento. Operazione 29-6-1922. In anestesia morfocloroformica si esegue l'amputazione della coscia al terzo medio, con lembo circolare, sottoperiosteo. La ferita operatoria guarisce di prima intenzione; l'infermo viene inviato in un istituto, perchè a tempo opportuno gli venga applicato un apparecchio di protesi. Sezionato l'arto amputato, nella sua parte malata, si nota che la parte centrale della tuberosità esterna della tibia è tutta invasa da un tessuto rossiccio carnoso, friabile, con spigoli ossei frammisti. La corticale della tibia è ridotta ad una sottile parete, che presenta una discontinuità alla sua faccia esterna ed attraverso cui fuoriesce il tessuto rossiccio sunnominato, che si sparge fra le parti molli soprastanti, senza però invaderli nel loro spessore. La restante epifisi tibiale non presenta particolarità di sorta, l'articolazione del ginocchio è integra. L'esame istologico nei preparati a fresco fa vedere delle cellule di forma allungata con dei prolungamenti fibrillari e numerose cellule giganti. Si notano pure numerose gocce di grasso, non che dei corpuscoli splendenti insolubili con l'aggiunta di etere e di alcool (calcificazione). Nei preparati induriti in diversi liquidi, si notano le cellule di forma allungata con prolungamenti protoplasmatici più o meno lunghi, ammassate irregolarmente; qua e là si osservano delle cellule con abbondante protoplasma e numerosi nuclei, nell'interno di alcune cellule si osservano delle goccioline di grasso, come pure si nota la presenza di corpuscoli rifrangenti (calce). Il tumore è ricco di vasi. Tutto l'insieme è allocato in un sottile reticolo fibrillare, che si mette bene in evidenza con il metodo Bielschowsky. Trattasi evidentemente di un sarcoma fuso cellulare a mieloplassi con zone di degenerazione grassa e calcarea.

Il caso suddescritto ha molta analogia con quello pubblicato dal Maggi, e che egli studia appunto nei rapporti tra tumori e traumi nei riguardi dell'assicurazione sugli infortuni. Il Maggi stesso nella sua dotta memoria, riferisce le indagini fatte, per venire alla conclusione della dipendenza della neoplasia dal trauma, e per questa conclusione ammette che uno dei dati più importanti è la comparsa del tumore non molto tempo dopo dal trauma subito. Il lasso di tempo tra il trauma e la comparsa del tumore è stabilito in epoche differenti da diversi autori. Così Theilhaber pone il limite di tempo, perchè possa esistere relazione tra trauma e tumore, non oltre i 9 mesi, Flinter non oltre un anno, Coley lo riduce invece ad una settimana (l. c.). Nel caso da me riferito i sintomi subiettivi ed obiettivi a carico della parte traumatizzata comparvero pochi giorni dopo, a dire dell'infermo 3 o 4 giorni dopo.

Il Filippi parlando della possibilità di riscontrare tumori in regioni traumatizzate, consiglia di andare molto cauti nell'ammetterne la stretta ed assoluta dipendenza, perchè non si può sempre accertare se il trauma abbia agito fino alla profondità del tumore, e perchè non si può escludere la preesistenza del tumore stesso, agendo in tal caso il trauma come una causa che lo mette in evidenza. Più che altro è necessario, prima di pronunziarsi, di accertare istologicamente certe fasi di sviluppo o regressive del tumore e vedere se esse possono essere messe in accordo con il tempo in cui è avvenuto il traumatismo. Kaufmann, Loeventhal, Ziegler asseriscono che in seguito a traumi possono svilupparsi tumori maligni dopo vario tempo, e si citano casi di sarcomi insorti in seguito a ferite d'arma da fuoco (l. c.) Ebstein potè dimostrare che nessuna influenza il trauma aveva avuto su preesistenti tumori. Il Maggi nello studiare il caso da lui riferito, conclude che se il trauma non fosse intervenuto, la condizione disontogenetica esistente nella epifisi tibiale, sarebbe rimasta sempre o per lungo tempo latente, e che il rapporto cronologico, tra trauma e tumore, depone per la dipendenza diretta, e che il trauma avrebbe svegliato un processo morboso ivi esistente allo stato potenziale, e che per tale fatto devesi concludere che la lesione è in dipendenza del trauma subito, agli effetti della legge sugli infortuni.

Il caso da me sopra riferito ha molta analogia con quello studiato dal Maggi, per la sede e la natura del tumore. La maggior parte degli autori, che ritengono la possibilità dell'origine traumatica dei tumori, danno molta importanza al tempo trascorso tra il trauma e la comparsa del tumore. Nel caso presente il trauma sarebbe comparso 3 o 4 giorni dopo. Però un nesso etiologico fra di loro è, secondo me, da escludersi, perchè il reperto macroscopico dell'arto amputato, dimostrava che la massa neoplastica era uscita attraverso la discontinuità ossea, prodotta certamente dal trauma, e si era diffusa tra le parti molli soprastanti, senza però che elementi neoplastici penetrassero nel loro spessore, tal che la diffusione del tumore è da ritenersi essere stato un semplice fatto meccanico e non etiologico, in riguardo alla dipendenza tra il trauma ed il tumore manifestatosi, in altri termini la tumefazione manifestatasi in corrispondenza della tuberosità esterna della tibia, era dovuta

allo spostamento della massa neoplastica endosteale verso l'esterno, provocato dal trauma. È da ritenersi che esso abbia accelerato ciò che avrebbe fatto fra non molto il tumore stesso, usurando ed invadendo l'osso dall'interno. Ma un reperto ancora più importante, e che decide per la nessuna dipendenza tra il tumore ed il trauma, è il reperto istologico del tumore primitivo. Qui i segni di metamorfosi regressiva (degenerazione grassa, calcificazione), stanno a dimostrare che il tumore neoplastico esisteva già da molto tempo, tal che i suoi stessi elementi erano in preda a fatti degenerativi. È pur vero che questi processi degenerativi dei neoplasmi in genere, possono avvenire in tempo più o meno lungo, stanno però sempre a dimostrare che il tumore non è di data recente.

In base a questi reperti anatomo-patologici e clinici del tumore da me osservato, ritengo che il trauma non abbia avuto alcuna causa etiologica sullo sviluppo del tumore, e che esso non sia stato se non il movente che lo ha messo in evidenza, ed a prima vista si sarebbe potuto ammettere una dipendenza fra di loro, data la loro concatenazione, e solamente il reperto istologico poteva decidere sulla nessuna connessione etiologica tra trauma e tumore. E siccome lo stabilirne con sicurezza la diretta dipendenza, ha un grande valore decisivo per la legge sugli infortuni sul lavoro, nel senso che bisogna decidere sui risarcimenti a cui un assicurato possa aver diritto nel caso che un tumore sorga in un punto traumatizzato, è indispensabile prima di pronunziarsi, tener presente le condizioni istologiche del tumore stesso, e su di esse, più che sul tempo trascorso dal trauma o su altro, fare le deduzioni sulla loro diretta dipendenza. E poichè i tumori cadono sotto l'intervento chirurgico, l'esame istologico non deve essere mai trascurato, specie nelle sue condizioni di sviluppo o regressive.

NOTE DI TECNICA.

Nuovo sistema (mobile) e nuovi apparecchi per radiumterapia.

Nota del dott. LUIGI CAPPELLI (1).

La lentezza di produzione del materiale radioattivo, la sua conseguente scarsezza e quindi l'alto costo, hanno finora fatto sì che sempre impari allo scopo fosse il corredo degli apparecchi di Radium nelle mani dei medici specialisti. Il precetto: «moltiplicare i punti d'attacco» sta proprio a dimostrare l'obbiettivo ideale di ricoprire uniformemente la regione malata, obbiettivo per lo più impossibile a raggiungere. Da questa grave difficoltà scaturiscono varie lacune nell'attuale sistema radiumterapico, lacune che io riassumerò come segue:

1. Sproporzione, talora enorme, tra le superfici radianti e le zone da irradiare;

2. Discontinuità spaziale dei campi d'irradiazione;

3. Mancanza d'uniformità nella distribuzione complessiva delle radiazioni sulla parte malata;

4. Inattendibilità del dosaggio di radiazioni non uniformemente distribuite;

5. Impossibilità di fruire nell'intera zona, in latitudine e profondità, dei fuochi incrociati;

6. Criterio arbitrario, per lo più ispirato da ragioni economiche, nella scelta, acquisto ed impiego terapeutico delle placche di Radium;

7. Eccessiva durata e ristretta limitazione delle cure.

Non v'ha dubbio che alla curieterapia, per la sua proprietà di alta penetrazione, sia affidato un grandissimo compito nella cura dei tumori profondi, mentre la röntgenterapia così efficace si va addimostrando nel debellare i superficiali, massime se abbinate entrambe alla contemporanea ionoforesi metallica ed alla filtrazione variabile secondo il geniale metodo del Ghilarducci. Queste prospettive m'indussero a studiare il modo di risolvere le suaccennate lacune, per trovarvi comunque una soluzione.

Impossibile ci è per ora di costringere a più breve, ma più intensa vita radioattiva la durata media più che bimillenaria del Radium.

---

(1) Comunicata all'Accademia di Medicina nella seduta del 26 novembre 1922, e alla Regia Accademia Nazionale dei Lincei nella seduta del 5 novembre 1922.

Ma se da questo, come causa, non ci è per ora consentito ottenere un maggiore rendimento, io pensai di estendere la portata degli effetti.

Le radiazioni del Radium, invero, rappresentano per l'elemento biologico uno stimolo. Ora, è proprietà generale di tutti gli stimoli in biologia, di esercitare un'azione, la quale non si cancella istantaneamente con l'immediata loro soppressione, ma perdura un certo tempo dopo l'avvenuta stimolazione (effetto postumo). Su questo principio appunto, già usufruito dalla natura, dalla scienza e dall'industria, per render continuo un effetto, determinato da causa agente ad opportune intermittenze, io escogitai un sistema radiumterapico nuovo, tradotto in pratica realtà mediante sette strumenti per i vari usi clinici (affezioni esternne, orali, utero-vaginali, retto-intestinali, esofagee ed eventualmente anche gastriche), le cui dettagliate descrizioni trovansi in una mia memoria in corso di stampa.

Il mio nuovo sistema, fondato sul moto rotatorio, comunicato agli strumenti da appositi motorini elettrici, e che già subì vittoriosamente il collaudo della prova biologica, sintetizza i seguenti vantaggi:

1. Irradiazione d'una zona molto più estesa della superficie formata dalla somma delle singole superfici radianti;

2. Continuità spaziale ed uniformità del campo d'irradiazione;

3. Esatto dosaggio delle radiazioni uniformemente distribuite;

4. Criterio e norme rigorosamente scientifici nella scelta, acquisto ed impiego degli apparecchi di Radium;

5. Economia di Radium, di tempo e di sedute;

6. Fuochi incrociati su tutta la superficie del campo d'irradiazione e su tutta la profondità, accessibile alle quantità del Radium impiegato.

Ora questa somma di utilissimi vantaggi, mi fa formulare l'augurio, che il nuovo sistema, entrando nella comune pratica radiumterapica, valga non solo ad estendere la portata degli effetti tanto lusinghieri finora conseguiti, ma giovi anche con profitto ad esplorare altri campi della umana patologia.

NOTE POLEMICHE.

Sulle anestesie locali.

Egregio Sig. Direttore,

Mi permetta un breve commento ad una parte dell'articolo del sig. dott. Gino Ciaprini, comparso nel n. 4 del «*Policlinico*», Sezione Pratica, commento che non ha pretesa di novità, ma è frutto di esperienza fatta.

Il dott. Ciaprini parlando dell'anestesia locale con novocaina dice che detta sostanza fu adoperata in soluzione 4-2-1 % con o senza adrenalina, e la quantità iniettata fu da 5 a 40 ctgr. «senza fenomeni tossici immediati o consecutivi, tranne qualche caso di febbre lieve (mass. 37°.8) durata un sol giorno». E più avanti l'A. dice ancora: «essere preferibile la rachianestesia, quando non si oppongano ragioni serie, per l'ano come pure per le ernie bilaterali, che, o dovrebbero operarsi in due sedute, oppure iniettando nella stessa seduta una quantità doppia di novocaina, il che può non essere scevro di inconvenienti».

Ora, secondo esperienza fatta, non mi sentirei di sottoscrivere a quest'ultima conclusione, poichè credo non sia necessario impiegare la novocaina a così alto titolo, rasentando forse i fenomeni tossici o escludendo perciò dal praticare degli atti operativi o facendoli in 2 sedute per causa di non poter iniettare dell'anestetico bastante in così alta concentrazione. Infatti, frequentando come praticante negli anni 1912-13-14-15, la Divisione Chirurgica Maschile dell'Ospedale Civile di Padova, diretta dal prof. Alessio cav. Giovanni, ho potuto vedere e constatare il largo impiego della novocaina in svariati atti operativi di alta chirurgia, senza averne *mai* veduti fatti tossici o danni ai tessuti. Il titolo della soluzione però, era sempre al 0.50 % e così si poteva disporre, per ogni singolo operato, di una notevole quantità di sostanza da iniettare. I fatti hanno dimostrato che per un'ernia semplice bastavano 25 cmc. e per un'ernia bilaterale 50 cmc., così quest'ultime ernie venivano operate bilateralmente nella stessa seduta con effetto anestetico ottimo e *mai* il paziente, dopo essere stato operato da una parte, rifiutò l'intervento dalla parte opposta.

Circa gl'inconvenienti derivanti dalla sterilizzazione della soluzione, non ne abbiamo mai avuti per questo fatto:

Si impiegavano le tavolette Maister Lucius aventi ciascuna novocaina gr. 0.125, adrenalina gr. 0.000125, garantite sterili; la suora preparava sterili all'autoclave i vasetti con 25 o 50 cmc. di soluzione fisiologica, ed al momen-

to dell'atto operativo il chirurgo riceveva 1 o 2 tavolette che scioglieva tosto nei vasetti ed iniettava al paziente, restando così eliminato l'inconveniente della sterilizzazione ed eventuale scomposizione dannosa dell'anestetico.

Quindi, l'esperienza in detto reparto ha dimostrato che si può benissimo usare una soluzione di novocaina a titolo più debole, anzi ad un titolo che è metà del minimo usato dall'A., e così si hanno due vantaggi: restare assai lungi dalle dosi comunque dannose, avendo uguale anestesia; allargare il limite d'impiego dell'anestesia locale con detta sostanza anche per atti operativi che richiedono il consumo di una certa quantità di soluzione anestetica.

Per maggiori dettagli e statistica di atti operativi compiuti con detta anestesia nella Divisione predetta, veggasi: «L'anestesia locale negli interventi di alta chirurgia», del dott. prof. G. Marangoni (allora chirurgo aiuto), estratto dalla «Rivista veneta di Scienze Mediche». Treviso, 1913. Tipografia Cooperativa.

Basovizza (Trieste), 24 gennaio 1923.

Dott. GIOVANNI SADNIG.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Sull'osteoartrite dell'anca.

(G. PARKER. *Brit. Med. Journ.*, 23 sett. 1922).

L'A. espone dapprima un tentativo di classificazione delle artropatie croniche. Distingue:

A) Un gruppo in cui prevale la lesione ossea e cartilaginea sulle alterazioni sinoviali, che comprende:

artrite traumatica; artrite emofilica; artrite tabetica e siringomielica; artrite gottosa vera; nodi di Heberden; articolazioni acromegaliche; osteoartrite polmonare; spondilite tipo *A*; osteoartrite multipla; osteoartrite dell'anca.

B) Un gruppo ove prevalgono lesioni fibrosinoviali:

Con suppurazione o alterazioni specifiche: artrite purulenta, streptococcica, pneumococcica, ecc.; artrite tifosa, dissenterica, difterica, ed altre dovute a malattie infettive febbrili; artrite sifilitica; artrite tubercolare.

Con neoproduzione fibrosa e tendenza all'anchilosi: artrite reumatoide e le altre forme croniche infettive; artrite gonococcica; spondilite, tipo B (anchilosante, per ossificazione dei legamenti).

Con lesioni transitorie, in prevalenza extraarticolari: reumatismo vero, acuto e subacuto, e fibrosite.

Anche le artropatie da piede piatto possono durare a lungo, ma in esse manca ogni alterazione articolare permanente.

La spondilite anchilosante secondo E. Smith è frequentissima in certe contrade, ed ivi è reperto costante in interi cimiteri preistorici.

Le osteoartriti dell'anca costituiscono un'entità clinica, e forse anche anatomo-patologica se si escludono quelle dovute alla malattia di Charcot, alla gotta, le forme gonococciche e le infettive croniche. È rara un'artrite gonococcica della sola anca. Possono, come postumi di un reumatismo vero, persistere disturbi dell'articolazione dell'anca, ma sono transitori, e occorre l'anamnesi nel riconoscerne la natura.

Adams nel 1837 diede il nome di *morbus coxae senilis* all'osteoartrite dell'anca, ma poi ne furono osservati casi anche fra i 30 e i 40 anni. L'inizio può mentire una sciatica, e può consistere in dolori persistenti e violenti, ma talora lievi, e una certa limitazione del movimento dell'anca, spesso bilateralmente, più intensa e dolente al mattino, e dopo lunghe fatiche: la prima lagnanza è spesso la difficoltà di calzarsi. La limitazione funzionale diviene sempre più grave fino all'immobilità, talchè riesce impossibile o quasi l'abduzione delle cosce: talora viene simulata una frattura incuneata del collo del femore.

L'A., contrariamente a Llewellin, pensa che mai ne sono affetti i fanciulli, e mai si estende ad altre giunture. La forma poliarticolare è artrite reumatoide, che deforma e tende all'anchilosi, però la prognosi per l'anca è migliore che per le altre articolazioni.

Sintomi dell'osteoartrite dell'anca sono: la rigidità dell'articolazione; il dolore, dapprima lieve e profondo, all'inguine e dietro il trocantere, poi più intenso, che s'irradia spesso al ginocchio e alla faccia esterna della coscia, talvolta sotto forma di meralgia parestesica. Bisogna pensare all'osteoartrite dell'anca nelle neuralgie del crurale, dell'otturatorio, dello sciatico, e così pure nel dolore lombare, che però è tardivo, dovuto ai movimenti di compenso che stirano i legamenti; la sensibilità della capsula, all'inguine e posteriormente; una falsa immobilizzazione temporanea, che può talora presentarsi, per focolai subcondrici o pizzicamento della sinoviale; l'attitudine di scelta, in lieve flessione, abduzione e rotazione esterna dell'arto, mentre la colonna lombare appare convessa verso il lato malato; la flessione tonica dell'anca, onde a paziente supino, tentando di estendere l'arto premendo sul gi-

nocchio aumenta la lordosi, e ciò è importante; la limitazione dei movimenti passivi, che è precoce; l'apparente accorciamento dell'arto, che può poi aumentare per effettivo riassorbimento del collo del femore; l'ipotrofia dei glutei che non si ha nello sciatico, e talora della coscia; negli stadi avanzati il crepitio articolare, la presenza di esostosi, e l'obliterazione dell'interlinea ai raggi.

Nei casi bene sviluppati la cartilagine si rammollisce, si assottiglia, e si fa rugosa. Alla periferia s'ispessisce e viene poi sostituita da osso eburneo. In essa crescono dei noduli, che poi calcificano. In seguito viene riassorbito l'osso, ma si ha sempre una certa formazione di osso nuovo. Da ultimo degenera anche la sinoviale. Il processo non pare infiammatorio (R. Stockmann).

Alcuni ammettono una causa meccanica (stiramenti e compressioni da sforzo, caduta sul troncatere, piede piatto, *genuvalgum*, ineguaglianza degli arti inferiori ecc.) che porterebbe primitivamente una lesione delle cartilagini, o che alterando i vasi (fibrosi) modificasse la sinovia, la quale pure nutre la cartilagine, che così andrebbe in degenerazione. Ciò potrebbe accadere anche per lesioni arteriosclerotiche dei vasi. Nulla parla per un'origine neurale. È poco probabile un'origine endocrina, sebbene le lesioni articolari acromegaliche siano molto simili, e così pure quelle vedute talora nella menopausa, spesso accompagnate da sintomi mixedematosi. Un'infezione generale con localizzazione periarticolare, sebbene ipotesi suggestiva, è poco probabile, perchè tali localizzazioni non si vedono mai, salvo che nelle artriti reumatoidi, e per la differenza del processo iniziale.

Pel trattamento occorre combattere l'obesità, nociva per l'eccesso di peso che l'articolazione deve sopportare; bisogna poi limitare gli sforzi. L'immobilizzazione è molto utile, dato che la tendenza all'anchilosi è minima. Nei casi avanzati, o quando l'immobilizzazione è rifiutata, basta una fasciatura a spica o una stecca modellata in cuoio, permettendo poi leggeri esercizi con l'alluce rivolto in dentro.

Il calore radiante e il massaggio sono sempre utili, eventualmente integrati da movimenti passivi. Il dolore viene molto mitigato dalla ionizzazione con salicilati e ioduri, dai sacchetti di sabbia calda, dall'unzione con pomate di mentolo e acido salicilico. L'arsenico e le preparazioni di timo vanno continuate a lungo. Si può dare anche lo sciroppo di protoioduro di ferro. Sampson, Haudley, Wheeles, ecc., nei casi adatti intervengono disarticolando il femore, resecando le vegetazioni ossee, e riponendo la testa nell'acetabolo. Si ottiene così una buona articolazione mobile, specie nei giovani. In altri casi si reseca l'articolazione e si fissa il femore alla pelvi ottenendo un sollievo dal dolore, a spese però della completa immobilità dell'arto. DORIA.

Sulla terapia operativa della coxa vara statica.

(BIRCHER. Z. *f. Ch.*, 1922, n. 43).

Secondo Hofmeister, la terapia della coxa vara statica deve rispondere ai seguenti tre requisiti: arrestare il processo deformante; rimuovere i dolori e le alterazioni funzionali; correggere la deformità stabilita.

A quest'ultimo si provvede per lo più soltanto operatoriamente: per via incruenta, o — più spesso — con osteotomia o resezione, ai due primi ci si è indirizzati per lo più in via conservativa: riposo a letto, estensione permanente, dieta ricostituente. È questo un trattamento che richiede molta pazienza, e se può bastare al secondo dei tre postulati, non è sicuro che basti al primo.

Poichè il fondamento della coxa vara statica consiste in uno scivolamento della testa sulla linea epifisaria (Kocher), si può arrestare il processo deformante cercando di impedire uno scivolamento ulteriore. E nell'ultimo caso avuto, Bircher ha tentato di raggiungere questo scopo infibulando autoplasticamente testa e collo del femore. Il risultato fu insperato, e poichè le coxae varae non sono in Svizzera molto frequenti, l'A. crede di poter richiamare l'attenzione su questo suo metodo.

Si segnano nel paziente: il grande trocantere, la spina iliaca ant. sup., la sinfisi del pube, e il punto di mezzo della retta che unisce queste due, il quale corrisponde di solito alla metà del margine anteriore del cotile; si fissano questi punti con segni opachi e se ne fa la radiografia. Sulla lastra si può ora stabilire la lunghezza e la direzione della stecca ossea che, attraversando la linea epifisaria e il collo, raggiunge la parte centrale della testa.

L'operazione poi è estremamente semplice. Con una piccola incisione si mette allo scoperto il trocantere, quindi con una fresa di 8-10 cm. di diametro si scava un canale attraverso il collo e la testa femorale fino sotto la superficie articolare; e per stabilire esattamente la profondità del foro-canale si può anche portare un'intacca sulla fresa. Si ricava poi una corrispondente stecca ossea dalla tibia e la si conficca con due colpi di martello nel canale del femore, dopo averla sagomata alquanto.

Il controllo radiologico dimostra che la guarigione procede senza difficoltà. L'infibulazione fra collo e testa è completa e in 14-20 g. i pazienti possono alzarsi e camminano e stanno senza dolori.

Recentemente l'A. ha applicato il metodo anche ad un caso di malattia di Perthes con abbassamento completo della testa e ne ebbe risultato soddisfacente. BAGGIO.

La canfora fenicata in chirurgia articolare.

(PAYR-HEDRI. *Z. f. Ch.*, 1922, n. 28).

Le esperienze raccolte sul trattamento di ferite articolari infette ci riportano completamente all'antisepsi: lavaggio e riempimento della articolazione suppurante con soluzione antisettica, efficace quanto più sia possibile, e poco lesiva dei processi fisiologici, lasciando la cavità articolare possibilmente chiusa.

Il migliore antisettico di cui disponiamo a quest'uso è la canfora fenicata. Prima di adoperarla in guerra, nell'autunno del '14, Payr aveva fatto queste esperienze, a dimostrazione della mancanza in essa di ogni causticità. Se si pone sulla lingua un batuffolo d'ovatta impregnata di canfora fenicata, non si forma affatto la nota colorazione bianca che si produce con soluzioni acquose, anche più deboli, di acido fenico; anche il ben noto pizzicore manca. Nessuna azione caustica si manifesta nemmeno sulla mucosa nasale, tanto sensibile. Se si versa della canfora fenicata in una provetta contenente acqua, quella galleggia in uno strato distinto, per mesi ed anni. Se si scuote la provetta e poi la si rimette a sedimentare, i due liquidi si separano di nuovo completamente. La massima quantità di acido fenico che passa in soluzione acquosa è di 0.56 %.

Esperienze fatte durante la guerra diedero a Payr ottimi risultati. Ma bisogna attenersi tassativamente alla formula originaria di Chlannsky, che è la seguente:

acido fenico purissimo	30
canfora trita	60
alcool assoluto . . .	10

Per evitare ogni azione caustica, bisogna che il preparato sia anidro quanto più è possibile. Le 10 parti di alcool assoluto devono servire soltanto a sciogliere l'acido fenico per farlo adatto ad un'unione colloidale con la canfora. Se l'unione non è completa, rimangono in sospensione delle goccioline di acido fenico concentrato che agiscono causticamente, e si rilevano con un leggero intorbidamento del miscuglio. La stessa canfora sintetica non da soluzioni così limpide come la canfora giapponese.

A questo fatto attribuisce Payr gli inconvenienti — appunto di forti causticazioni — lamentati da alcuni chirurgi.

Hedri ha fatto in proposito delle prove sperimentali, ha iniettato cioè la soluzione nelle articolazioni di conigli e ha osservato: nei primi giorni, iperemia della cartilagine e della sinoviale con abbondante essudazione; poi, dopo 2-3 settimane, ritorno al normale senza traccie affatto di usura. Dopo molti mesi, neanche il minimo intorbidamento della cartilagine salina, nessuna aderenza fibrosa, nessuna alterazione funzionale.

Anche microscopicamente — su più di 20 articolazioni — nessuna alterazione.

Distruzioni del rivestimento cartilagineo, con emorragie, necrosi, distruzioni cellulari e consecutivi fenomeni proliferativi, furono visti alcune volte, in casi nei quali durante i ripetuti tentativi di entrare con l'ago nella cavità articolare era stata ferita in più punti la cartilagine, e il liquido era giunto così nel tessuto midollare sotto cartilagineo. Una volta era stata iniettata una soluzione che, invece di 30, conteneva 60 parti di acido fenico, e 2 volte, furono usate soluzioni acquose.

La possibilità di necrosi cartilaginee è da riferirsi quindi a lesioni traumatiche della cartilagine durante l'incisione, o a lesioni chimiche per l'uso di soluzione male preparata.

Dimostrazione irrefutabile della innocuità della canfora fenicata è data dal riesame dei malati così trattati anni avanti. 15 casi dal 1915-18. Escluse le ferite della cartilagine, perchè le alterazioni secondarie della cartilagine di empiema, di flemmone capsulare, le panartriti e i casi di ferita delle parti molli articolari.

Dei 15 casi, 6 suppurazioni articolari, e 2 ferite capsulari trattate profilatticamente, erano guariti con mobilità perfettamente normale, senza traccie cliniche o radiologiche di artrite deformante, 3 empiemi vennero ad esito, 3 casi non poterono essere rivisti, e in uno di suppurazione totale dell'articolazione del gomito erano insorte delle aderenze fibrose con moderata limitazione della mobilità. Degli 8 casi guariti idealmente, due erano di infezione streptococcica.

Non v'è dubbio adunque che la canfora fenicata può guarire idealmente le suppurazioni articolari, e che può prevenire, senza pericolo di secondarie artriti deformanti. Soltanto, che nella cura preventiva la cavità articolare dev'essere mantenuta incondizionatamente chiusa. BAGGIO.

La meniscite cronica.

(CH. WILLEMS. *Le Scalpel*, n. 33, 19 agosto 1922).

Non è possibile avere un concetto chiaro della patologia dei menischi senza aver bene presente la loro anatomia topografica ed alcuni dei loro rapporti con i legamenti crociati del ginocchio.

Il menisco interno ha la forma di una mezza-luna ed abbraccia gli estremi di quello esterno quasi circolare. I menischi sono attaccati alle loro due estremità, in avanti ed indietro, sulla tibia: sono riuniti al davanti da una banda fibrosa, il legamento trasverso di sviluppo assai variabile. Il legamento crociato anteriore si inserisce sulla tibia tra i due punti d'attacco anteriori dei menischi mentre che il legamento crociato posteriore si inserisce dietro alle estremità dei due menischi. Le differenze nella disposizione dei menischi spiegano la maggiore frequenza delle lesioni del menisco interno e specialmente della sua estremità anteriore. Infatti le sue estremità sono più periferiche, e i movimenti di rotazione del disco rappresentato dal piano tibiale hanno un raggio di azione maggiore sull'estremità di questo menisco che non su quello esterno che rimane più centrale: non solo, ma il corno anteriore del menisco interno inserendosi *al davanti* del legamento crociato potrà in un movimento di rotazione venirsi a tendere su questo legamento, esser da questo respinto e venir così distaccato dai suoi attacchi. Il legamento trasverso può, dal canto suo, contribuire ad accrescere la lesione tendendo maggiormente sul legamento crociato il corno del menisco.

Nel ginocchio esistono anche delle frangie sinoviali, assai variabili in genere, di cui alcune più costanti e denominate impropriamente *legamenti alari*. Infatti non si tratta di legamenti, ma di semplici pieghe sinoviali, che ricoprono la massa adiposa, a sezione triangolare, delimitate al dinanzi dal legamento rotuleo, indietro dall'interlinea, in alto dalla rotula. Sulla parte laterale di quest'ultima, la massa si prolunga sotto forma di estroflessione laterale fino ai menischi i quali vengono da essa in una certa misura nascosti. Nello spazio intercondiloideo questa frangia sinoviale si inserisce in alto e viene chiamata allora — sempre impropriamente — legamento adiposo, setto che tende a sepimentare la cavità articolare.

***

Premesse queste considerazioni anatomiche vengono rammentati brevemente i sintomi della *lussazione di un menisco*. Si verifica in genere la lussazione, in una distorsione, in una caduta con l'arto ripiegato sotto il corpo o più classicamente con il piede immobilizzato in un ostacolo, mentre il corpo subisce una rotazione violenta. Segue un dolore immediato in corrispondenza della parte interna dell'interlinea, tumefazione diffusa della stessa regione, dolenzia alla pressione. L'impotenza è variabile, il versamento incostante. Dopo qualche tempo si attenuano i sintomi, ma persiste la dolorabilità e la tumefazione. Infine segni, in certo qual modo patognomonici, blocco intermittente dell'articolazione in semiflessione, blocco che il paziente riesce a togliere mediante una serie di piccole manovre.

Il quadro così descritto si presenta nella lussazione del menisco o meglio nello strappamento del suo corno anteriore.

Questa è una *lesione classica*. Solo il segmento anteriore del menisco è stato distaccato mentre che è rimasto aderente il legamento con la sua parte posteriore e con tutto il suo bordo o in parte. Il corno distaccato e peduncolato si piazzerà tra le superfici articolari per bloccarle.

Queste lesioni abbandonate a sè stesse non si riparano: piuttosto il frammento di menisco tende a divenire un corpo libero articolare. In altri casi rimane attaccato con il suo bordo oppure presenta semplicemente delle lacerazioni che interessano il suo bordo concavo. In quest'ultimo caso il menisco benchè non distaccato presto si ispessisce e coinvolge nel suo processo anche i tessuti vicini cioè la massa grassosa periarticolare la quale così ingrossata si palpa dinanzi l'interlinea. In questa varietà nella quale il menisco non è distaccato il segno del bloccaggio manca e la sintomatologia si limita al dolore, tumefazione e disturbo funzionale, talora importante.

***

Roux ha voluto poi differenziare anche una *meniscite cronica* nella quale si verificherebbe solo uno schiacciamento del bordo della cartilagine semilunare tra le superfici ossee, senza però che si verificassero nè distacchi nè lacerazioni. Senza voler entrare in merito alla ipotesi emessa da Roux è certo che tale lesione può ricorrere per una causa qualunque a condizione che il trauma non oltrepassi una certa intensità e il movimento una data estensione.

Nella meniscite cronica il reperto anatomopatologico rassomiglia a quello offerto dalle minime lacerazioni meniscali senza lacerazio-

ne cioè e senza distacco con la sola differenza, invero assai sottile, della perfetta integrità degli attacchi i quali non dovrebbero presentare alcun distacco neanche parziale nè alcuna lacerazione del suo bordo.

Le lesioni della meniscite cronica sono inoltre rappresentate da un'infiltrazione modica del sottocutaneo associato ad un suo lieve indurimento ed ispessimento. A livello del segmento interno dell'interlinea la capsula appare come un cuscinetto fibro-adiposo che riempie il seno femoro-tibiale. Lo sperone interno della massa grassosa sottorotulea ipertrofica respinge in alto la piega sierosa che la ricopre. La sierosa, a sua volta, è iniettata, infiltrata, rigonfia. È un ammasso che conviene abbassare o scartare per ritrovare il menisco il quale si presenta atrofico un poco raggrinzito che conserva talora la sua lucentezza, qualche altra volta è opaco deforme, ma caratteristico per la lesione, conserva in tutta la estensione la integrità delle sue aderenze con il piano tibiale. L'ipertrofia della massa grassosa è limitata al segmento interno oppure è diffusa; qualche volta, caro raro, coinvolge nel processo anche il menisco interno. Durante l'intervento riesce estremamente difficile adunque nella molteplicità dei sintomi, stabilire se si ha a che fare con una delle lesioni classiche o una delle varietà fruste; d'altra parte è anche possibile che con una sindrome analoga a quella della lesione meniscale si constino delle lesioni non localizzate sui menischi ma riferentesi ad altri punti della sinoviale, alle frange, ad es., probabile esito di loro lacerazioni o irritazioni.

***

Ora se le lesioni sono varie, se il quadro morboso può anche esser misconosciuto o falsamente interpretato ancor più grave è il disaccordo che regna sull'opportunità dell'intervento nelle lesioni meniscali. Roux, Bier ed alcuni AA. francesi sostengono bastino per la cura, le applicazioni calde, i mezzi comuni fisioterapici. Ora è pur vero che alcuni dei sintomi funzionali, ad es. il dolore e l'impotenza scompaiono o per lo meno diminuiscono sensibilmente con i mezzi suddetti, ma è per lo meno inopportuno aspettare parecchi mesi per guarire un emartro, il quale a lungo andare provoca delle notevoli atrofie e limitazioni apprezzabili del giuoco articolare. In questi casi trova netta la sua indicazione, l'intervento, il quale riassunto brevemente, consiste in un'artrotomia verticale, che permette una mobilizzazione precoce, eseguita in anestesia locale (stovaïna 1 %) secondo una linea lunga 12 cm. che comincia 5 cm. dal margine superiore della rotula, decorre verticalmente sul bordo interno di questo osso e termina a 3 cm. più in basso dell'interlinea. L'incisione interessa a tutto spessore, cute, capsula e sinoviale. Spesso va allacciata, senza danno, la granda anastomotica. Se l'incisione è abbastanza lunga si può esaminare tutta l'articolazione aiutandosi con i movimenti di flessione del ginocchio eseguiti da un assistente o anche attivamente dal malato stesso. In questo modo variando acconciamente la posizione di flessione che è la migliore, si riesce ad esplorare anche la faccia posteriore della rotula, senza provocare alcun dolore al paziente a condizione di non esercitare nè stiramenti nè strofinamenti sulla sierosa. Del resto ogni manovra è permessa ed indolore. Occorre poi escidere tutto il pacchetto fibro-adiposo compreso nell'angolo dietro femoro-tibiale e lo spazio sotto rotuleo, asportare il segmento anteriore del menisco interno, il legamento trasverso poi il pacchetto adiposo, la borsa sierosa sotto rotulea e non arrestarsi finchè i bordi delle due epifisi e della rotula non siano stati interamente spogliati delle parti molli e appaiano assolutamente netti.

Qualche volta occorre portarsi anche sul menisco esterno. In tal caso talora può occorrere, ma di rado, una seconda artrotomia, all'esterno.

In breve l'operazione della meniscite è qualche cosa di più e qualche cosa di meno dell'escissione del menisco. Di questo viene resecato il suo corno anteriore soltanto insieme alle sue parti molli circostanti: in ogni caso occorre resecare tutto ciò che intralci il giuoco articolare. La chiusura deve essere ermetica a 3 piani: sinoviale, fibrosa in catgut a punti staccati, poi un piano cutaneo in crine. Il piano sinoviale deve essere meticoloso poichè le piccole ernie sinoviali che si producono possono esser fonte di disturbi funzionali tali da richiedere, talora, un nuovo intervento. Altrettanto importante è il trattamento postoperatorio. Basta una fasciatura leggera da togliersi dopo 10-12 giorni. L'operato che poteva muovere il ginocchio durante l'intervento deve continuare così, subito dopo. Il paziente potrà camminare l'indomani dall'operazione. La lieve tumefazione che si stabilisce dopo 3-4 giorni scompare in 10-12 giorni. In un mese tutto è rientrato nell'ordine. In questo modo l'intervento, rigorosamente condotto secondo le regole date, offre una grandissima probabilità di successo. Difatti in 50 casi così trattati da Willems, tutti i malati sono guariti della loro infermità.

E. MINGAZZINI.

Crepitatio scapularis.

(P. JACOBY. *Ugeskrift for Laeger*, p. 1071).

L'A. ricorda che è talora possibile udire un rumore di crepito prodotto tra la scapola e il torace: eccezionalmente è così intenso che si palpa e si ode a distanza.

Mentre alcuni ritengono questo fenomeno molto frequente (oltre il 60 % degli individui), altri lo ritengono assai raro. Esso può confondersi con rantoli, o sfregamenti pleurici, e per eliminarlo, a scopo diagnostico, si può far poggiare la mano del lato corrispondente sulla spalla del lato opposto, oppure lasciar cadere la spalla crepitante a braccio esteso, rotato in dentro e portato indietro.

Il rumore può dipendere da alterazione della scapola o delle costole, che eventualmente possono anche richiedere un intervento; può dipendere da alterazioni muscolari (atrofia congenita o acquisita del sottoscapolare) onde la relativa frequenza del fenomeno nei tubercolosi; può dipendere da alterazioni delle borse; può essere in rapporto con l'occupazione abituale; e vi sono inoltre casi ad etiologia oscura.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

The practical medicine series. Vol. I. — *General medicine.* Un vol. in-16° di 693 pag., con numerose tavole fuori testo. The Year Book publishers. Chicago, 1922. — Prezzo del vol. dollari 3, della serie dollari 15.

Questo volume fa parte di una serie di otto volumi, che escono ad intervalli mensili e trattano tutti i campi delle scienze medico-chirurgiche. Ogni volume espone succintamente, ma in modo abbastanza completo ciò che di più significativo è stato pubblicato nell'anno precedente; il pratico si trova così al corrente della produzione scientifica moderna, mentre lo specialista può, consultando i volumi di diversi anni, rapidamente orientarsi sugli studî che si sono fatti sopra un determinato argomento.

Il presente volume, che si riferisce all'anno 1921, è dovuto alla collaborazione di G. H. Weaver (malattie infettive ed endocrinologia), L. Brown (malattie del torace meno il cuore), R. B. Preble (sangue, organi emopoietici, cuore, vasi, reni), W. Sippy e C. Brown (sistema digerente e metabolismo). Le fonti sono in massima parte periodici di lingua inglese; non si tratta però di semplici recensioni, ma spesso queste sono accompagnate da commenti critici o da dilucidazioni. L'utilità della consultazione di tale opera è evidente.

fil.

LETULLE. *Inspection, palpation, percussion, auscultation.* In-8° picc., pag. 344. Masson et C., Paris, 1922. — Fcs. 14.

È un manualetto con 133 figure e 12 tavole radiografiche normali. Ogni figura riproduce il medico nell'atteggiamento col quale compie uno dei vari esami clinici, per es.: appoggia lo stetoscopio sul torace, o percuote l'addome, o palpa il fegato: ed una breve leggenda spiega l'atto del medico o la posizione del malato.

È una « scientia per icones », di una elementarità, che forse non lusinga l'orgoglio dei futuri medici. Se il libro, che porta un nome illustre d'autore, ha avuto in Francia la fortuna di giungere alla 3ª edizione, ciò si deve verosimilmente al fatto che, nell'ordinamento francese degli studi medici, gli studenti vengono messi di fronte al malato fin dal 1° anno di medicina: e quindi non sono ancora *iniziati* come i nostri. Ad ogni modo con lodevole sforzo didattico il Letulle, semplificando ed esemplificando, giova a chi s'avvia per le difficili strade della clinica.

g. sabatini.

LEMATTE L. *L'opothérapie du praticien.* Un vol. in-16° di pag. 233, con tav. A. Maloine et fils, ed. Parigi, 1923. — Prezzo 5 fr.

Il lavoro dell'A. è utile sotto diversi rapporti: esso descrive anzitutto le diverse tecniche usate per ottenere preparazioni attive, e vi mette in discussione anche le modalità prescritte dalla Farmacopea francese. Nella seconda parte vengono studiate le ghiandole ed i tessuti utilizzati, l'azione di ogni prodotto, nonchè il modo di somministrazione e la posologia. La terza parte è dedicata alla terapia; vi sono elencate le malattie in cui l'opoterapia è stata usata con successo.

In questa parte sarebbe però stata necessaria una esposizione critica, poichè non si possono considerare alla stessa stregua gli ipotetici vantaggi ottenuti nelle mieliti o nel rammollimento cerebrale con quelli evidenti che si osservano nel mixedema, nell'asma, ecc. La opoterapia si mette in cattiva luce considerandola come una panacea, mentre essa va considerata come una brillante conquista della medicina.

Alla fine del lavoro, trovasi un indice terapeutico, dove a fianco di ogni malattia sono elencati i prodotti utilizzabili nel trattamento.

fil.

PROLUSIONI.

Prolusione del prof. Dionisi.

Il 25 gennaio il prof. Dionisi tenne la sua prolusione al corso di Anatomia patologica nella Università di Roma, presente uno scelto e numeroso uditorio.

L'oratore ha cominciato col dichiarare che, nell'assumere il grave compito dell'insegnamento nell'Università di Roma, si sente sostenuto da un complesso di forze che gli danno conforto e ardire. Tali forze sono: la promessa di Ettore Marchiafava di continuare l'opera sua nell'Istituto di Roma, opera che avrà vita perenne e la cui vivida luce illuminerà sempre il cammino degli studiosi; l'affetto e la stima del Preside e di tutti i colleghi della Facoltà di Roma: il ricordo dei colleghi di altre Università e dei giovani, che furono sempre i più fervidi ed efficaci cooperatori di ogni sua attività; e finalmente la fede che la grande famiglia ospedaliera, alla quale il Dionisi è orgoglioso di aver appartenuto nei suoi giovani anni, come assistente del primo laboratorio fondato negli Ospedali di Roma da Giuseppe Bastianelli e poi come medico, lo riaccoglierà con la tenerezza dei fratelli per il fratello, che torna da un lungo viaggio e che non ha mai dimenticato la casa paterna.

Ricorda poi l'Università di Modena, ove fece i primi passi nella carriera d'insegnante e l'Università di Palermo, nella quale ha lasciato amici che saranno sempre da lui benedetti, come da chiunque abbia potuto ammirarne l'ingegno, la bontà e la generosità insuperata.

Espone i convincimenti che egli si è formato sull'estensione dei compiti assegnati all'Anatomia Patologica, sull'indirizzo che intende dare alle ricerche, per assicurare la partecipazione all'incremento della scienza e sul modo di diffonderne il contenuto per contribuire all'incessante progresso della classe medica e alla educazione delle giovani schiere che ne faranno parte e per le quali avrà, come per il passato, le più assidue cure.

Stabilito il dominio della Patologia, che comprende lo studio delle malattie, delle malformazioni, della costituzione e dell'immunità, esamina quali dei problemi concernenti i varii campi della patologia possano essere indagati con l'analisi anatomica.

All'analisi anatomica spetta, nel campo della malattia, d'indagare le modificazioni che subiscono i congegni funzionali e per le quali essi possono essere ritenuti insufficienti al compito, cui di norma soddisfano. Dimostra con esempi, come l'analisi anatomica, portata anche nel campo sperimentale, possa attaccare problemi che a prima vista sembrano insolubili con tale mezzo d'indagine, applicato al materiale umano. Si diffonde a dimostrare la parte dell'analisi anatomica nel determinare le alterazioni organiche, probabilmente responsabili dello squilibrio calorico nelle malattie infettive, e poi s'intrattiene sulla parte dell'analisi anatomica nel gruppo di malattie, che di recente sono connesse con alterazioni diffuse dell'apparato reticolo-endoteliale (ittero-emolitico, atrofia acuta del fegato, cirrosi ipertrofica, ecc.). Conclude che con i risultati delle osservazioni fatte sull'uomo e di quelle fatte su animali da esperimento, si sia acquistato un concetto non solo sulla genesi di tali malattie, ma anche sull'indirizzo terapeutico e sulle ragioni dei successi e degl'insuccessi.

Esprime poi il suo avviso sulla questione generale, se con l'analisi della struttura delle cellule sia possibile rendersi conto dei disturbi di funzione, affermando che tale scopo possa esser raggiunto.

Esamina perciò le principali alterazioni elementari, che possono essere considerate come segni di modificazioni della costituzione fisica, e altre, che possono esser considerate come modificazioni della costituzione chimica delle cellule, o di tutte e due insieme, concludendo che speciali aspetti strutturali dipendono da modificazioni colloidali o chimiche delle cellule. Sostiene però che l'analisi anatomica non è in grado di determinare il significato di alcune alterazioni sia fisiche che chimiche per l'ulteriore vitalità della cellula, nè se la modificazione stessa sia causa o effetto del disturbo della funzione.

Esamina infine gli insuccessi dell'analisi anatomica in alcune malattie del sistema nervoso e del ricambio materiale, esprimendo la convinzione però, che nuovi metodi di analisi e il completamento delle indagini con l'estensione dell'analisi anatomica non solo agli apparecchi, a carico dei quali si riscontrano i disturbi funzionali, ma di tutto l'organismo, possa riuscire a colmare le lacune esistenti. L'incoraggiamento a proseguire nelle indagini è dato dai risultati ottenuti in alcune malattie del sistema nervoso, come nella demenza paralitica, nella degenerazione sistematica delle vie commessurali del cervello, scoperta da Marchiafava, nelle alterazioni dell'ipofisi nel diabete insipido; nelle alterazioni degli isolotti di Langherans nel diabete zuccherino.

Il secondo compito dell'Analisi anatomica, nello studio della malattia, è rappresentato dalla ricerca etiologica. Come esempio più tipico, a dimostrazione che l'analisi anatomica rivela l'etiologia senza il sussidio di altre tecniche, cita la malaria e altre malattie protozoarie, dimostrando come dalla constatazione della melanemia si sia giunti, per opera di Marchiafava, ad aprire la via alla scoperta del parassita malarico. La dimostrazione che il pigmento malarico si forma entro i globuli rossi, per trasformazione graduale dell'emoglobina in melanina, fu il passo che determinò la scoperta del parassita: il pigmento ne fu come l'etichetta, che lo accompagna in tutte le fasi del suo sviluppo e anche durante lo sviluppo nell'intestino medio della zanzara, dopo la fecondazione dei gameti. Insiste sull'analogia del comportamento del pigmento nel parassita col comportamento delle colorazioni vitali degli elementi cellulari, i quali, non solo conservano il colore immagazzinato, ma lo trasmettono alle cellule figlie.

Espone in seguito con serena critica la parte che ha l'analisi anatomica, nello studio dell'origine, della successione delle lesioni e del loro significato biologico, criteri che guidarono il medico alla profilassi e alla prognosi, concludendo che, nello studio della malattia, l'analisi anatomica mette in rilievo una serie mirabile di fatti che chiariscono disturbi di funzione ed etiologia, che, essa associata a ricerche sperimentali, contribuisce a svelare la patogenesi e, connessa con l'esperienza clinica, contribuisce alla valutazione del significato biologico delle lesioni rinvenute.

Esamina poi rapidamente con esempii il contributo dell'analisi anatomica nello studio della patologia della meccanica dello sviluppo, delle costituzioni e disposizioni e dell'immunità, concludendo che non v'è campo della patologia, in cui essa non trovi posto e dove non porti luce o incitamento all'indagine.

Esposti così i compiti dell'analisi anatomica nella patologia, traccia il programma col quale intende continuare l'opera del Maestro, con la speranza di non farla decadere.

Punto di partenza sarà sempre lo studio degli organi umani in rapporto ai disturbi funzionali; compito che egli assolverà sia usufruendo del materiale cadaverico che del materiale tratto dal vivente. Invoca perciò la fraterna collaborazione dei medici; collaborazione che fu sempre la caratteristica dell'ambiente sanitario di Roma, voluta da Baccelli e da Marchiafava.

Dimostra come l'analisi degli organi del cadavere si debba considerare il completamento dell'indagine clinica: completamento reso possibile dalla condizione vantaggiosa di poter spingere la indagine a tutti gli organi e di poter stabilire in base ai risultati i rapporti tra le varie alterazioni. Espone come alla ricerca anatomica sul cadavere debba essere associata la ricerca etiologica e in alcuni casi anche la sierologica e la biologica e che non si debba mai trascurare di stabilire la causa di morte che è parte integrante di ogni autopsia.

Quanto al materiale tratto dal vivente egli spera di non essere dimenticato dai colleghi ed ha fiducia che l'analisi sia degli organi asportati, che dei prodotti morbosi eliminati o artificialmente estratti, possa costituire un forte aiuto per la valutazione degli esami funzionali.

Spera pure di partecipare allo studio dei risultati dell'esame del vivente con i più moderni metodi fisici e dei risultati terapeutici.

Stabiliti così i compiti e il materiale dall'indagine anatomica, espone quale parte essa abbia nell'educazione medica e dichiara che spiegherà il suo massimo interesse nel far vedere agli allievi quello che egli vedrà, ma anche li ecciterà a vedere e valutare senza il suo aiuto, con la convinzione che per utilizzare il patrimonio intellettuale è necessario acquistare l'indipendenza nel vedere e nel giudicare.

Traccia infine il programma delle ricerche di laboratorio sostenendo che l'Anatomia Patologica non deve solo occuparsi delle alterazioni completamente sviluppate, ma anche di ricostruire il processo che si compie durante la malattia, di analizzarne l'etiologia, di rendersi conto del meccanismo di difesa e anche degli effetti delle cure.

Accennato infine alle difficoltà che s'incontrano per conquistare il materiale di studio, comprese le autopsie, conclude che bisognerebbe organizzare una propaganda per dimostrare che lo scopo principale delle scienze anatomiche è di soccorrere i vivi, e che è indispensabile fornire i mezzi perchè questo, che è l'ideale comune a tutte le scienze, possa essere raggiunto.

Infine Dionisi chiude con il voto che la scuola di Marchiafava continui ad essere degna di Roma e dell'Italia nostra, quale la sognarono e la vollero quelli che per essa serenamente dettero la vita.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società medico-chirurgica Anconetana.

Seduta del 10 novembre 1922.
Presidente: Prof. G. MODENA.

Sovra' un nuovo metodo fisico per la diagnosi di versamenti pleurici (Percussione palpatoria superficiale).

Prof. BACCARANI. — L'O. dopo aver ricordato i diversi metodi fisici per la diagnosi di v. pleurico e sopratutto quello recente di Chalier del tamburellamento del torace espone il suo metodo della percussione palpatoria superficiale del torace. Consiste nell'appoggiare lievemente il dito indice sulla mano sinistra negli spazi intercostali, nelle linee scapolare media e scapolare posteriore e di percuotere con un dito a martello della mano destra con dei colpi staccati leggerissimi. L'ammalato deve respirare molto superficialmente o rimanere per qualche secondo in espirazione forzata. Quando vi è anche una sola patina di liquido invece della normale vibrazione tattile risonante si avverte la sensazione come di percuoter sopra una superficie rigida resistente muta. Il fenomeno è sopratutto tattile e la sensazione che si percepisce è netta e piena. Con questo metodo che non è che una migliore utilizzazione tattile della comune percussione superficiale possono mettersi in evidenza delle quantità lievissime di liquido pleurico che non possono invece essere dimostrati con nessuno dei metodi ordinari e neppure con la radiografia.

Seduta del 15 dicembre 1922.
Presidente: Prof. G. MODENA.

L'autoliquor terapia nei postumi della encefalite letargica.

Dott. R. GIULIETTI. — L'O. ha ripetuto nell'ospedale civile di Ancona la cura dei postumi della encefalite secondo il metodo del medico rumeno Piticarin che consiste nell'iniettare ogni 5-7 giorni 10 cent. del proprio liquido cefalo rachidiano nelle vene degli ammalati. Secondo questo autore

si otterrebbero in tutti i casi ottimi risultati. L'O. in quattro casi di postumi di encefalite a tipo parkinsoniano non ha ottenuto invece alcun miglioramento.

Il metodo della dieta aclorurata e del cloruro di calcio nella cura delle sierositi.

Dott. DE GREGORIS. — A proposito della cura indicata dal Blum riferisce alcuni controlli da lui fatti su questo metodo di cura. Non ha ottenuto risultati positivi, anzi in un caso ebbe durante la cura lo sviluppo di una pleurite dall'altro lato della pleura. In qualche caso ebbe diminuzione della temperatura.

La febbricola da pleurite latente.

Prof. BACCARANI. — L'argomento della febbricola è sempre interessante. Descrive una speciale forma di febbricola di lunghissima durata con poco risentimento sullo stato generale senza molestie a carico dell'apparato respiratorio in rapporto con la pleurite a lievissimo essudato dimostrabile con la sola percussione palpatoria superficiale. Questa forma è ancora più interessante di quella descritta recentemente dal Montreaux in quanto i casi di questo O. lamentavano dolori al torace e l'esame obiettivo metteva in evidenza placche di pleurite secca, di estrema mobilità. Le due varietà di febbricola di lunghissima durata — pleurite essudativa liquida e pleurite secca — si perfezionano e si completano a vicenda.

Encefalite infettiva e fenomeni neurotici.

Prof. G. MODENA. — L'O. riferisce alcuni casi di disturbi respiratori, stati ansiosi con sintomi di astenia, fenomeni vasomotori accessuali, casi che furono curati come forme di psicastenia. Uno di questi fu anche in una casa di salute diretta da un distinto neurologo. L'esame attento del paziente e l'indagine anamnestica accurata dimostrò trattarsi di una forma in diretta relazione con una encefalite, decorsa dal principio senza letargia: conferma l'errore dell'attributo *letargica* dato dagli autori alla encefalite infettiva. Uno dei casi presenta attualmente una completa sindrome parkinsoniana; un altro ha dimostrato all'esame obiettivo un certo grado di acinesia, e marcata adiadococinesi. Questi sintomi obiettivi sono comparsi tardi e fino a pochi mesi fa nessuno avrebbe forse sospettato una forma organica in questi pazienti. Commenta i reperti e discute su altri sintomi interpretati come funzionali e che invece lo studio di questa polimorfa malattia conferma aver a base una lesione organica cerebrale. Lo studio sistematico della encefalite e particolarmente la precisa analisi anatomo-clinica dei casi e delle relative lesioni darà nuovo e valido aiuto alla dottrina organica delle neurosi che rappresentano per ora ancora il maggior terreno di elaborazione.

Ricerche sperimentali sulla azione combinata dei raggi X e del freddo sulle cellule nervose.

Dott. U. MONDINI. — Studiando con il metodo di Donaggio il comportamento del reticolo neurofibrillare delle cellule nervose in conigli sottoposti all'azione dei raggi X (applicati con ogni cautela alla regione cervicale del m. spinale sotto la guida del radiologo dott. Montanari) all'azione del freddo, e alle due azioni combinate dimostra che mentre con la sola azione dei raggi X non si ottengono che lievi lesioni (aspetto lanoso del reticolo) si hanno lesioni imponenti in alcune cellule della zona irradiata (conglutinazione delle fibrille, vacuoli, ecc.) nella azione combinata del freddo e dei raggi X. Questo reperto conferma la importanza della azione combinata del freddo che agisce come rivelatore di lesioni, nel reticolo fibrillare.

Dott. SALVOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

INFEZIONI LOCALI.

Il problema tonsillare.

Il problema della patologia delle tonsille è ancora molto oscuro e dibattuto; per arrivare à dei risultati concludenti è anzitutto necessaria un'esatta conoscenza dell'anatomia e della fisiologia delle tonsille. Le tonsille (Schlemmer, *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 36-37, 1922) non si possono in nessun senso paragonare alle linfoglandole, perchè esse sono il luogo di origine di una corrente linfatica, non già un filtro interposto nel decorso di questa corrente. Nelle tonsille come in tutto il tessuto linfatico bucco-faringeo mancano vasi linfatici afferenti; il flusso della linfa si compie nelle tonsille nella sola direzione centripeta, verso le glandole giugulari anteriori superiori, attraverso a vie linfatiche che hanno inizio cieco (come in generale nella pelle e nelle mucose) e sono quindi chiuse verso il faringe. Le tonsille si devono considerare come una parte della mucosa faringea: parte che è enormemente ricca di tessuto linfatico. La funzione delle tonsille è quindi la stessa di quella di tutta la mucosa faringea, concetto già esposto da Fein che lo fa notare nella sua replica. Schlemmer crede che l'avere egli dimostrato che non esiste nelle tonsille una corrente linfatica centrifuga che possa rendere difficile la penetrazione di germi nel parenchima (anche esistendo una corrente linfatica i germi potrebbero penetrare contro corrente, come lo spermatozoo nelle tube) infirmi il concetto dell'anginosi di Fein. Egli crede che l'angina sia determinata da germi penetrati dall'esterno e depositati nelle diramazioni delle cripte tonsillari, cripte che a causa dello sbocco irrazionale (posto non nel fondo di esse) dei dotti escretori delle glandole mucose non vengono mai del tutto pulite per azione del muco e albergano quindi germi e detriti. A un dato momento sarebbe resa possibile la penetrazione nei tessuti di questi germi o l'assorbimento delle loro tossine; questa penetrazione o assorbimento avverrebbero non dalle sole tonsille ma bensì da tutta la mucosa faringea, favorita notevolmente dalla corrente linfatica centripeta, determinando in tal modo i violenti fenomeni generali comuni dell'angina. Fein (*Wien. Klin. Wochenschr.*, numeri 36-37, 1922) non crede infirmato il suo concetto sull'anginosi (infezione endogena del tessuto tonsillo-faringeo) dalla dimostrazione che non esistono vie linfatiche afferenti.

Egli ha detto nel suo lavoro originale che l'infezione si propagava o per via linfatica o per via sanguigna: per quest'ultima evidentemente si propaga l'infezione dopo che è stata da Schlemmer dimostrata l'impossibilità di una propagazione linfatica. Le principali ragioni per cui Fein ammette l'origine endogena dell'angina sono in primo luogo il fatto che il processo morboso colpisce quasi contemporaneamente, se pure con variazioni di intensità, tutte le parti del complesso linfatico faringeo (egli sostiene ciò contro le obbiezioni di Schlemmer), in secondo luogo i noti casi nei quali l'angina è indubbiamente secondaria ad un'infezione generale (sepsi): l'angina traumatica, l'angina chirurgica, l'angina puerperale. Fein considera i sintomi attribuiti di solito alla «tonsillite cronica» (sviluppo considerevole delle tonsille, iperemia, forma lobata, depositi lacunari) un reperto normale; i depositi lacunari secondo le sue ricerche sono privi di germi o ne contengono quanto la mucosa bucco-faringea in genere: opinione diversa da quella di Schlemmer, che ha trovato nei depositi lacunari germi patogeni in grande quantità e che considera tale deposito un reperto patologico. POLLITZER.

Effetti della tonsillectomia in 5000 bambini.

Da una statistica di A. D. Kaiser di Rochester (*La Presse médic.*, n. 74, 1922) risultante dall'esame di 5000 bambini un anno dopo l'operazione, risulta che i malati più beneficati erano quelli nei quali esistevano segni manifesti di infezioni di origine tonsillare, anche quando le amigdale non erano troppo grosse. Al contrario, nei bambini operati solo per l'ipertrofia della amigdale, l'ablazione di queste non ha portato modificazioni accentuate dello stato generale. Sembra tuttavia che dopo un anno non si può giudicare definitivamente dell'esito dell'operazione; è però certo che nell'84 per cento dei piccoli malati si notavano dopo un anno notevoli miglioramenti dello stato generale. Non bisogna perciò esagerare sul ruolo delle amigdale malate nell'etiologia delle malattie da denutrizione, poichè dopo un anno dall'operazione si trova ancora una elevata proporzione di fanciulli (29 %) la cui nutrizione resta difettosa. MONT.

Valore diagnostico dell'adenite epitrocleare nell'infanzia.

S. Fabris (*La Pediatria*, 15 giugno 1922) ha riscontrato nelle sue ricerche, che l'adenite epitrocleare si riscontra nel 32-33 % dei bambini eredoluetici nel primo e secondo anno di vita,

e che si trova solo nel 7-11 % di altre affezioni, fra cui specialmente l'infezione tubercolare ed il rachitismo. Tale adenite può quindi considerarsi come l'espressione di un processo generale, che si riscontra più che in ogni altra affezione, nell'eredolue. Essa però non basta da sola a giustificare la diagnosi di eredo-lue, ma va considerata come sintomo probativo se in unione con altri e come spinta a ricerche cliniche e biologiche più accurate se esiste da sola: la sua mancanza non ha significato.

L'A. ha proseguito le ricerche nella seconda e terza infanzia: in questa, la percentuale con cui si riscontra l'adenite epitrocleare negli eredoluetici è ancora più alta, arrivando al 71 %: ed anche ad 83 % in bambini eredoluetici con infezione tubercolare.

In tale periodo di vita, essa può considerarsi come una manifestazione quasi costante della sifilide, contrariamente alla splenomegalia, di cui l'alto valore diagnostico nel lattante diminuisce con l'età. Correlativamente, nella 2ª e 3ª infanzia si ha un aumento notevole dell'adenite epitrocleare in altre affezioni, specialmente rachitismo (21 %) e tubercolosi (21 %); complessivamente su 443 bambini con diverse forme morbose è stata osservata nel 26 %.

fil.

Il trattamento delle otiti grippali.

Si manifestano bruscamente con dolore intenso all'orecchio, irradiato alla mastoide, che è dolorosa alla pressione, febbre e sordità. All'esame otoscopico si osservano una o più flittene, rosse o paonazze, che occupano la parete esterna del timpano e quella del condotto uditivo; il loro sviluppo su questa parete può esser tale da occultare la membrana del timpano; il loro contenuto è una sierosità sanguinolenta: uguale liquido si ottiene con la paracentesi del timpano, ciò che ha fatto dare a questa forma il nome di otite acuta emorragica.

L. H. Leroux (*Journ. de méd. de Paris*, 10 giugno 1922), facendo osservare che la prognosi deve essere riservata, consiglia anzitutto l'apertura delle flittene, eventualmente l'apertura del timpano: vanno assolutamente sconsigliate le iniezioni nel condotto e l'introduzione di antisettici. Si potranno però fare applicazioni calde con soluzione isotonica clorurata o bicarbonata: se si sviluppano complicazioni mastoidee, intervento operativo.

fil.

Cura dell'antrace e dei foruncoli.

Varietà benigne. — All'inizio, spennellature per tre mattinate di seguito con tintura di jodio all'acetone (tint. di jodio g. 20, acetone g. 5); se il foruncolo è doloroso, polverizzazioni di acido fenico (1:100). Nel periodo di suppurazione, medicazioni con garza asettica imbevuta con sublimato (1:1000) o con solfato di zinco (1: 1000) resa isotonica con l'aggiunta di cloruro di sodio; rinnovare la medicatura mattina e sera, lavando le parti adiacenti con acqua canforata. Come *trattamento generale*, al mattino un cucchiaino di solfato di sodio o di sale di Seignette per un mese di seguito, prima dei pasti alternativamente durante 10 giorni, un cucchiaio di lievito di birra, e nei 10 giorni seguenti una cartina di stagno in polvere, ossido di stagno ana cg. 25. *Regime* latto-vegetariano senza droghe, vino, tè, caffè, con poca carne arrostita.

Foruncoli recidivanti ed antrace. — Trattarli all'inizio con la vaccino-terapia, possibilmente con autovaccini.

S. R. (*Journ. des praticiens*, 7 ottobre 1922) consiglia l'uso di vaccini jodati; in mancanza di autovaccini, ricorrere agli *stock*-vaccini. Se ne inietta: 1/2 cmc. il 1° e 2° giorno; 1 il 3°; 1 1/2 il 4°; 2 il 5°. Il più spesso con tale trattamento l'antrace abortisce e si rende inutile l'intervento chirurgico. E' stata consigliata anche la via endovenosa, usando dosi minori (10-20 milioni di germi).

Anche nell'antrace dei diabetici, che spesso ha caratteri allarmanti, la vaccinazione dà di solito buoni risultati.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sopra di una nuova funzione della milza.

(KARYS NASWITIS. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1922, n. 43, pag. 1441).

In un lavoro precedente l'A. ha già dimostrato che in certe condizioni la autoemotrasfusione può provocare una neoproduzione del sangue. Restava in dubbio se le sostanze chimicamente ignote che provocano questa neoproduzione e che l'autore, seguendo Haberlandt, chiama ormoni delle ferite (Wundhormone) agivano sul midollo direttamente o con l'interposizione di altri organi.

Con nuove ricerche sui cani ai quali iniettava il loro stesso sangue (defibrinato, congelato e poi decongelato) prima e dopo la splenectomia, l'autore ha visto che soltanto nel primo caso si aveva l'aumento dei globuli rossi: e ne conclude che i Wündhormone devono agire sulla milza, determinandovi la produzione di sostanze che a lor volta provocano la proliferazione del midollo. I prodotti di sfacelo dei globuli rossi, quali si hanno nelle condizioni sopracitate, determinano perciò nel-

la milza la comparsa di sostanze che stimolano la rigenerazione del sangue.

Se si pensa che la milza è abitualmente sede di una notevolissima distruzione di globuli rossi, questo processo acquista nuova luce. Alla splenectomia infatti dovrebbe normalmente seguire una diminuzione della rigenerazione del sangue. L'A. ritiene che in questo senso si possa interpretare la comparsa nel sangue, dopo la splenectomia, di globuli rossi nucleati, che rappresenterebbero, come nella anemia perniciosa, un fenomeno di compenso per la deficiente rigenerazione. Si verrebbe così a capovolgere la dottrina che alla milza attribuisce una funzione inibitoria sulla rigenerazione del sangue. Certamente, anche dopo la splenoctomia il midollo riceve delle sostanze che stimolano la rigenerazione, che provengono forse dal fegato e dalle cellule del Kupffer. Il fatto che alla splenectomia non segue immediatamente anemia si spiega forse ammettendo che il sangue possieda una provvista di queste sostanze stimolanti, che bastano fino al momento nel quale si stabilisce il compenso. L'A. non esclude affatto che, oltre a questa funzione stimolatrice, la milza abbia anche una funzione ostacolatrice: e crede che la milza rappresenti in un certo senso un organo centrale regolatore del midollo, con doppia azione antagonista: alla quale è appunto dovuta l'assenza di fenomeni imponenti in seguito anlla estirpazione della milza.

E. SERENI.

IGIENE.

La dimostrazione sierologica di aggiunta di sangue eterogeneo ai sanguinacci di maiale.

Nella preparazione dei sanguinacci di maiale, il sangue di quest'ultimo viene talora fraudolentemente sostituito con sangue bovino, di prezzo minore. Tale sostituzione, che non può venire svelata nè con reazioni chimiche, nè con l'esame microscopico, può invece essere scoperta mediante reazioni sierologiche. C. Orrù (*Annali di Igiene* 1922, fasc. 11), che nell'Istituto del prof. D. De Blasi ha fatto ricerche in proposito, ha osservato che possono usufruirsi a tale scopo tanto il metodo della precipitazione, quanto quello della fissazione del complemento.

Tecnica della reazione: 10 g. del sanguinaccio in esame, prelevato dalla parte interna, si triturano in mortaio aggiungendo a poco a poco, 30 cmc. di soluzione fisiologica. Si filtra per carta, eliminando la prima porzione torbida, ed utilizzando quella *limpidissima*, capace di dare reazione zonale di Heller netta e pronta, ma non forte.

Al fondo di una provettina da agglutinazione, si mette 1/4-1/2 cmc. di siero precipitante antibue, già controllato: poi si fa scorrere lungo le pareti, con una pipetta, 1/2 cmc. di filtrato. Se, a temperatura ambiente, si forma entro 5 minuti, un anello di precipitazione, è segno che la proporzione del sangue di bue contenuta nel sanguinaccio non è inferiore al 10 %. La rapidità ed intensità della reazione, eventualmente altri saggi ripetuti con il filtrato allungato in varie proporzioni, possono dare una misura approssimativa della quantità di sangue bovino esistente.

In caso di dubbio, si può ricorrere alla fissazione del complemento, usando il siero precipitante allungato a 1/10 ed il filtrato a diluizioni di 1 a 10, 25, 50, 100.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Edema palpebrale e nefrite latente. Al dottor L. V., abbon. n. 2224:

In un soggetto che abbia avuto lungamente in passato albuminuria, e che presenti, senza altra causa, netto ed evidente edema palpebrale, se pure l'esame del sedimento è negativo; prima di assicurare che il rene è indenne, bisogna esperire *tutte le prove moderne di ricerca della sufficienza renale*, sia di eliminazione che di ritenzione. E' noto oramai, per ricchezza di dati sicuri, che non raramente l'esame delle urine può apparire negativo, mentre l'anatomia patologica dei reni dimostra lesioni evidenti specialmente vascolari e glomerulari. La storia dell'ipertensione è ricca di dati di tal genere.

PONTANO.

Controindicazioni alla cura neosalvarsanica — Al dott. A. B. da Carpi:

Il morbo di Basedow e l'insufficienza miocardica costituiscono in genere una controindicazione alla cura di neosalvarsan per via endovenosa.

Quando si ritenessero opportune cure arsenicali antiluetiche si può adoperare qualche preparato meno pericoloso (sulfarsenol per via endomuscolare).

V. MONTESANO.

VARIA

Il segreto professionale del medico e il matrimonio.

Con questo titolo il prof. G. Ferreri pubblica nel n. 13 di *Minerva* un articolo, nel quale mette in evidenza i danni derivanti agli individui ed alla razza dal divieto che è fatto al medico di comunicare ad uno dei candidati al matrimonio o ai rispettivi genitori le tare o le malattie di cui soffre l'altro candidato.

Il medico, osserva il prof. Ferreri, con una sola parola potrebbe salvare un altro essere dal contagio e risparmiare una nuova progenie difettosa e viziosa; e tuttavia è costretto al silenzio. La insipienza e la irrazionalità di certe leggi trovano in questo caso la conferma più schiacciante.

In simili contingenze il segreto professionale, è un assurdo, un delitto contro la salute collettiva ed il miglioramento della razza.

La necessità di una reciproca assicurazione dello stato fisico, fisiologico e psichico dei futuri coniugi si fa già sentire presso il popolo. I genitori oramai, almeno nella maggioranza dei casi, non si limitano ad assumere informazioni sulla capacità economica o produttività del fidanzato e sul suo carattere morale, ma chiedono notizie su la salute del fidanzato, rispettivamente della fidanzata, al medico curante il quale a sua volta dovrebbe e non può parlare.

La scienza ha dimostrato, e la coscienza popolare va assimilando questo concetto, che la selezione igienica pel matrimonio è una necessità imprescindibile. E questo compito certamente non può essere assolto nè dall'ufficiale di Stato Civile, nè dal sacerdote: esso è di competenza del medico, al quale spetta di approvare o di riprovare una data unione coniugale ed al quale quindi, va concessa al riguardo una più ampia libertà di giudizio e di azione.

Con ciò non si deve pretendere la completa, definitiva, immediata abolizione del segreto professionale, il quale è assolutamente indispensabile per frenare gli abusi e per disciplinare un esercizio che si esplica essenzialmente a base di scrupoli, di riguardi e di delicatezza.

Il principio del segreto dovrebbe avere una deroga soltanto nel supremo interesse della salute della razza ed anche della felicità dei coniugi.

Si farebbe così un passo gigantesco nella educazione igienica delle masse informando, senza coercizioni forse inefficaci, le unioni irreflessive e perniciose, istillando nelle coscienze il desiderio ed il bisogno di una progenie somaticamente e psichicamente sana.

Un uomo ed una donna che si uniscono nella piena consapevolezza delle reciproche magagne saranno gli unici e diretti responsabili davanti alla società ed ai loro nati. E solo da questo senso di responsabilità, che diventerà istintivo con l'educazione e la consuetudine, si potrà ottenere quel miglioramento della razza che è da tutti auspicato.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PEPE TEODORO. *Allattamento e malattie della nutrizione nel lattante.* — Lecce, R. Tip. Ed. Salentina, 1922.

PERTILE G. *Resoconto sanitario 1920-22 dell'Ospedale Civile di Marostica.* — Marostica, F. Martinato, 1922.

PIERACCINI PIERO. *Il «camaleontonismo oculare» come segno della meningite della base.* — Firenze, Carpigiani e Zipoli, 1922.

PINCHERLE M. *Immunizzazione attiva contro la difterite.* — Napoli, «La Pediatria», 1922.

PURPURA FRANCESCO. *La patologia chirurgica delle ferite dei nervi periferici dopo la guerra.* — Palermo, Franc. Sanzo fu Carlo, 1922.

ROMANO GENNARO. *Sui fenomeni esplosivi determinati dai proiettili di arma da fuoco portatili.* — Napoli, Enrico C. Muca, 1922.

ROMANO GENNARO. *Brevi note anatomo-patologiche e chimiche sopra un caso di frattura patologica del femore destro, conseguente a lesione ossea post-tifica.* — Napoli, Enrico M. Muca, 1922.

SALMON ALBERTO. *Su la genesi dell'ipertonia muscolare a tipo parkinsoniano.* — Napoli, Tip. dello «Studium», 1922.

SAMAJA NINO. *Le malattie professionali dei ferrovieri.* — Bologna, «La Tribuna dei Ferrovieri», 1922.

ID. *Pupilla e respiro.* — Pesaro, G. Federici, 1922.

VERNES ARTHUR. *Les étapes de la Syphilimètrie* (de 1909 à 1922). — Paris, P. Boll, 1922.

BELLOMO EMANUELE. *Su di un caso di ascesso del lobo frontale del cervello da sinusite frontoetmoidale.* — Milano, Stucchi, Ceretti e C., 1922.

BRAVETTA EUGENIO. *La reazione di Lange in psichiatria.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1922.

CARUSO MANFREDI LUIGI. *L'argento colloidale elettrico per via endovenosa nella cura del carbonchio.* — Napoli, F. Sangiovanni, 1922.

CHIAVARELLI GIULIO. *La Cuprojodase nella cura della tubercolosi chirurgica.* — Roma, Istituto Med. Farmac., 1922.

CALAMITA OTTAVIO. *Il quadro neutrofilo di Arneth nella tubercolosi polmonare.* — Roma, Tip. Regionale, 1922.

CARPANO M. *La trasmissione placentare della piroplasmosi.* — Roma, Ind. Tip. Romana, 1922.

ID. *Sulla piroplasmosi equina in Italia.* — Milano, Tip. Agraria, 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Assistenza sanitaria agli invalidi di guerra.

Lo Stato provvede ai bisogni dei mutilati e degli invalidi della guerra mediante la pensione — che ha carattere alimentare e, teoricamente, compensativo della minorata potenzialità produttiva — e mediante un sistema di opere di assistenza, le quali però sono sussidiarie, complementari ed integrative di quelle che per obbligo normale competono agli enti che devono prestare assistenza legale o per la legge sanitaria o per quella sulle istituzioni di pubblica beneficenza.

Si era osato dubitare se il mutilato povero avesse diritto all'assistenza sanitaria gratuita; cioè, se la pensione e il diritto dell'assistenza sanitaria, sociale e giuridica dell'*Opera Nazionale*, escludessero senz'altro la condizione della povertà.

Il Ministero dell'Interno ha dovuto fare un comunicato per risolvere questo dubbio ed ha confermato che l'invalido, «indipendentemente dalla pensione di cui è fornito, in mancanza di altri elementi che ne escludano la povertà, ha diritto di essere incluso nell'elenco dei poveri del Comune e di avere l'assistenza domiliare, ambulatoria ed ospedaliera gratuita in dipendenza degli obblighi che le vigenti leggi attribuiscono ai Comuni».

Ha soggiunto il Ministero che «i Comuni non possono esimersi dall'obbligo di prestare agli invalidi l'assistenza sanitaria gratuita che incombe ai Comuni stessi per legge e che la azione dell'Opera Nazionale non può essere considerata che sussidiaria, integrativa di quella che devono svolgere i Comuni a favore degli invalidi stessi».

Queste delucidazioni sono così evidenti che sorprende perfino il dubbio che le ha rese necessarie.

Il comunicato stabilisce inoltre, per la determinazione della povertà, un criterio che non ci sembra accettabile, almeno così come è formulato. Dice il Ministero: «ai fini della determinazione del grado di povertà, secondo le direttive stabilite dall'Opera Nazionale con la circolare n. 277 del 26 febbraio 1918, dovrà tenersi conto della rendita complessiva dell'invalido, che non potrà superare le L. 2500 compresa la pensione di guerra, salvo che circostanze speciali non inducano a far considerare povero anche l'invalido fornito di una rendita superiore».

Non discutiamo il criterio stabilito dall'Opera Nazionale per i fini che ad essa competono; ma non sembra ammissibile che lo stesso criterio normale fisso e rigido, sia pure con la riserva di *speciali* circostanze, sia applicato agli effetti della iscrizione nell'elenco dei poveri. Specialmente se si considera che la pensione ha carattere e destinazione compensativa della minorata capacità dell'invalido e che le condizioni di povertà o di agiatezza sono essenzialmente diverse da luogo a luogo, non è possibile stabilire un criterio fisso o normale e tanto meno escludere dalla cura gratuita l'invalido che ha la rendita complessiva di L. 2500, compresa la pensione. Questo criterio può essere adeguato in un Comune e assolutamente insufficiente in moltissimi altri.

Conviene, dunque, rimettere la determinazione della povertà ai criteri normali efficaci per tutti i cittadini del Comune, tenendo conto, come si è detto, in confronto dei mutilati, che la pensione ha carattere compensativo.

Riordinamento di organi e di attribuzioni centrali.

Un comunicato sintetico annunzia che «per «semplificare la procedura dell'assegnazione «dei mutui da parte di istituti di previdenza «e di risparmio per l'esecuzione di opere pub«bliche dirette a combattere la disoccupa«zione» il Consiglio dei Ministri ha deciso di abolire il Comitato interministeriale al quale spettava il compito di coordinare tali erogazioni «demandandone le funzioni al Ministro dei Lavori pubblici e delle Finanze».

Il comunicato riguarda evidentemente una risoluzione di massima, forse non ancora concretata nei particolari. È indubbiamente opportuna la soppressione del Comitato interministeriale, il quale ebbe il solo effetto pratico di intralciare e far ritardare la procedura delle assegnazioni, ma sarebbe a nostro giudizio non opportuno e non desiderabile che le opere di carattere igienico fossero sottratte al controllo effettivo dell'organo tecnico che sin ora vi ha provveduto.

Con ovvio criterio di organicità e di convenienza, invece, è stato deliberato il passaggio dei servizi relativi all'Opera Nazionale degli invalidi della guerra dal Ministero dell'interno al Sottosegretariato dell'Assistenza militare. L'Opera ha già in sè gli elementi tecnici ed ha speciali attribuzioni deliberative; quindi, il coordinamento amministrativo non ne pregiudica l'azione e invece ne accosta il funzionamento all'organo che ha attribuzioni più affini.

Sono stati soppressi il Consiglio Superiore e le Commissioni provinciali di beneficenza: questo provvedimento riguarda gli organi e non le attribuzioni di controllo sulle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza, le quali saranno ancora soggette a tutela e a vigilanza ed ingerenza governativa, secondo le norme precedenti; le attribuzioni del Consiglio Superiore sono state trasferite al Consiglio di Stato e quelle di tutela sono state restituite alla Giunta Provinciale Amministrativa; le funzioni di coordinamento e quelle relative alla protezione dell'infanzia abbandonata sono devolute al Prefetto.

Sarebbe stato opportuno che, in occasione di questo riordinamento, si fosse provveduto ad una riforma forse più efficace, ispirata a criteri di autonomia degli enti locali, riducendo e limitando la tutela e la ingerenza governativa che attenuano il senso delle responsabilità e spesso intralciano e ritarda l'attività degli enti istituzionali.

QUESTIONI PRATICHE.

VI. — La efficacia della graduatoria e la nomina dei medici ospedalieri.

La Commissione esaminatrice dei titoli dei concorrenti al posto di medico primario per gli Ospedali riuniti di Genova aveva stabilito una graduatoria; l'Amministrazione dell'ente nominò il quarto graduato, in considerazione del servizio prestato presso lo stesso Ospedale.

La IV Sezione, alla quale ricorse uno dei concorrenti, dichiarò illegittimo ed annullò il provvedimento di nomina (Sentenza 10 febbraio 1922, n. 43).

Due massime di carattere generale si possono ricavare da quella decisione:

1) Le deliberazioni delle Opere pie, non soggette ad autorizzazione dell'autorità tutoria, sono provvedimenti definitivi e, quindi, l'eventuale ricorso deve essere diretto alla IV Sezione del Consiglio di Stato.

Tali sono le deliberazioni concernenti nomine di medici ospedalieri. Contro di esse non è ammesso reclamo in sede gerarchica, perchè si tratta di provvedimenti definitivi di un ente autarchico istituzionale; nè è ammesso ricorso alla Giunta Provinciale Amministrativa, in sede contenziosa, perchè il provvedimento non riguarda la *carriera*, la quale si inizia dopo la nomina.

Quindi il ricorso deve essere proposto alla IV Sezione, nel termine di giorni 60 dalla notificazione del provvedimento di nomina, anche se i motivi di illegittimità si riferiscano agli atti e alle conclusioni della Commissione.

2) Nominata una Commissione giudicatrice dei titoli o, eventualmente, delle prove di esame per un concorso, il giudizio tecnico di essa e quindi la graduatoria che vi si fondano, se furono riconosciuti regolari, vincolano l'ente che deve procedere alla nomina, nel senso che l'organo deliberante deve uniformarsi al giudizio della Commissione ed alla graduatoria, salvo che per motivo legittimo espressamente dichiarato sia tratto a deliberazione difforme.

Questo limite è efficace anche se regolamenti speciali riservino all'amministrazione una libertà di scelta.

Deve ritenersi illegittimo il motivo di scelta fondato su considerazioni di preferenza per il servizio prestato da un concorrente presso lo stesso Ospedale, qualora la Commissione abbia stabilito, invece, un diverso ordine di graduatoria e di preferenza sulla base dei titoli e dei servizi clinici ed ospedalieri di ciascuno aspirante. Infatti, l'attribuzione di uno speciale valore al servizio prestato presso lo stesso Ospedale, altererebbe in un certo senso il criterio obbiettivo di valutazione che è proprio dei concorsi pubblici, inserendovi elementi che hanno efficacia nei concorsi interni.

È da avvertire che questa massima, indiscutibilmente corretta, non può essere estesa alla nomina dei medici condotti, perchè la Commissione non forma per essi una vera e propria graduatoria e il Comune può scegliere liberamente fra i concorrenti dichiarati idonei e non deve dare ragione della scelta e della nomina. Ma per una considerazione comune alla validità di tutti gli atti amministrativi, se un motivo fu dichiarato dal Comune e questo risulta illegittimo, il provvedimento di nomina deve essere annullato.

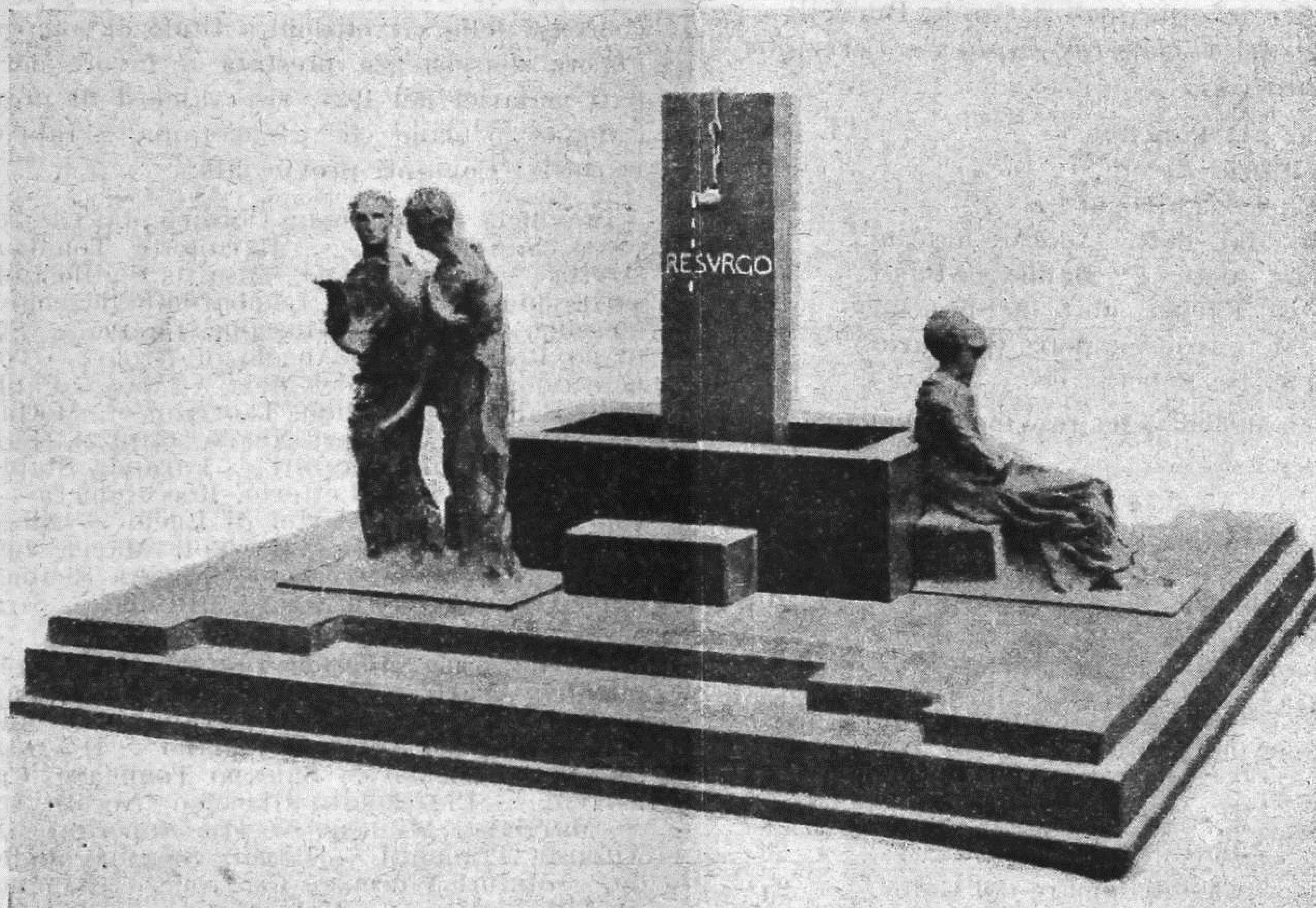
VII. — Indennità per prestazione straordinaria dell' ufficiale sanitario.

L'ufficiale sanitario è obbligato a provvedere alla direzione ed alla ispezione sanitaria dei macelli pubblici, se non vi sia un veterinario comunale. Ma se il veterinario sia assente la prestazione dell'ufficiale sanitario non rientra fra i doveri normali di lui e deve essere considerata un servizio straordinario, per il quale è dovuto compenso a carico del Comune.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere **inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo** per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente **alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14, Roma (6).**

I quesiti non devono richiedere esame di atti o speciali indagini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.



Bozzetto del monumento al Medico Caduto in Guerra

Il bozzetto di cui riproduciamo la fotografia, è opera dello scultore Arrigo Minerbi, l'autore della «Vittoria» e del «Trittico di Battisti».

L'artista così commenta la sua concezione:

«Il Medico che tra raffiche di Morte riaccende la Vita...» così dice il magnifico Proclama del Comitato Ordinatore per la Celebrazione del Medico Caduto in Guerra.

Ed ecco, io raccolgo l'umile, eroica, silenziosa lampada del Medico Caduto, e l'appendo spenta a una Stele.

Un gorgoglio, un gocciolio, e il beccuccio, che portava la fiamma, porta ora un rivo d'acqua perenne: «La Vita».

Intorno alla vasca, semplice, primitiva, nuda di modanature e rilievi, il pavimento a grandi lastre massiccie diviso in 16 pietre tombali.

Ogni Regione d'Italia dice i suoi Morti. Una legione dunque che ritorna, inquadrata per Regioni, dalle Trincee, dagli Ospedali, dall'Esilio e dalla Prigionia. Sulla Stele la parola che il Poeta voleva, sola, sulla Tomba del Milite Ignoto: «Resurgo». E alla Fonte, che parla di Sacrificio e di Martirio oscuro e purissimo, convengono i «Risorti», i convalescenti, reduci dalle trincee e dai campi di concentramento, coloro che videro coi loro occhi mortali, e mai dimenticheranno il Medico Caduto, lo Scienziato, l'Uomo, al diuturno assillante, estenuante lavoro, coloro che hanno sentito nella carne martoriata, il lenimento e il conforto e nelle vene esauste ritornare la vita.

Ed ecco nei Due, avvolti nel lenzuolo, come in un sudario, la rievocazione della bolgia infernale e della tragedia sublime. Parla l'Uno e le gambe gli si piegano sotto, ascolta l'Altro.

«La tragedia è tra questi Due» che ardono in tumulto, tra questi Due che hanno vissuto il fango e la gloria, e l'altro, il Terzo, silenzioso, accasciato, inerte, colle palpebre serrate, intento al chioccolio della Fonte e al ritmico pulsare del suo sangue nuovo.

Il Medico Morto, «il più umano degli eroi», non c'è in effigê, ma è presente, è qui tutto, anima e azione, vita e sacrificio.

*Sacrificio e Azione che non si potevano compendiare in un gesto traducibile in forma plastica, senza menomarne la infinita Bellezza. Gesto che solo è possibile invece riassumere con una parola: «*Amore*».*

*Azione oscura, sacrificio eroico, consumato in silenzio, sotto la tenda crociata e nella trincea fangosa, nel sepolcro dei campi di concentramento o nell'Ospedale bombardato dalla ferocia nemica, sacrificio consumato solo per «*Amore*».*

Per le onoranze a Guido Baccelli

Sottoscrizione promossa dal « Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli » per l'edizione delle « *Opera omnia* » e l'erezione di un monumento.

Giornale « Il Policlinico » . . . . . L. 500 —
Prof. Vittorio Ascoli . . . . » 500 —
Dott. Enrico Ballerini . . . . . . » 100 —
Raccolte dal dott. Adolfo Fantini, 1a nota (dott. F. Banissoni-Bassi, dott. G. Farina, dott. A. Fantini, dott. M. Carducci, dott. G. Mario, prof. S. De Sanctis, ecc.) . . . . » 192 —
Ordine dei Medici della provincia di:
Napoli . . . . » 100 —
Milano . . . . » 100 —
Padova . . . . » 120 —
Treviso . . . . » 70 —
Reggio Calabria . . . . » 10 —
Venezia . . . . » 20 —
Caltanissetta . . . . » 50 —
Girgenti . . . . » 90 —
Associazione dei Medici condotti:
Sezione di Siena . . . . » 100 —
» Pistoia . . . . » 50 —
» Portoferraio . . . . . » 20 —
» Castellammare del Golfo . » 25 —
Ordine dei Farmacisti della provincia di:
Ravenna . . . . » 15 —
Novara . . . . » 35 —
Lucca . . . . » 10 —
(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Messina*: Dottori: Lo Cicero Francesco, San Fratello — Bartolotta Tommaso, Mistretta — Polizzi Paolo, Tusa — Sigillo Luigi, Casalvecchio Siculo — Lombardo-Pellegrino Paolo, Messina — Zingales Giuseppe, Cesarò — Stancampiano Rosario, Sant'Angelo di Brolo — Tomaselli Giovanni, S. Lucia del Mela — Manzo Paolo, Mirto — Papale Costantino, Taormina — Motta Paolo, Barcellona — Mingari Nicolò, Capizzi — Mastrocinque Teodorico, Graniti — Faranda Stapino, Milazzo — Mastroeni Letterio, Roccalumera — Sciortino Michelangelo, Castel di Lucio — Alberti Basilio, San Teodoro — Garipoli Mario, Letojanni Gallodoro — Sofia Giuseppe, Novara Sicilia — Gumina Domenico, Sant'Agata Militello — Sirna Giuseppe, Longi.

Provincia di *Salerno*: Dottori: De Angelis Guglielmo, Angri — Tramontano Camillo, Pagani — Cioffi Giuseppe, Sarno — Cavallaro Antonio, Scafati — Amorosi Antonio, Tegiano — D'Agosto Mattia, Vallo Lucano — Salsano Tommaso, Cava dei Tirreni — Piccolomini Giacomo, Nocera Inferiore — Marciano Alfonso, Nocera Superiore — Petti Alfonso, Tramonti — Marmo Serafino, Bellosguardo — Maiuri Vincenzo, Controne — Pagano Federico, Postiglione — Mele Pietro, Amalfi — D'Ambrosio Francesco, San Valentino Torio — Liquori Pietro, Serre — Tagliamuro Pasquale, Valva — Mango Luca, Atena Lucana — Pagano Giovanni, Ascea — Lombardi Raffaele, Fisciano — Guadagno Nicola, Maiori — Foglia Luigi, Montecorvino Rovella — Ruggero Andrea, San Marzano sul Sarno — Imperato Luigi, Eboli — Clemente Michele, Oliveto Citra — Crescibene Isidoro, Ottati — Cartolano Francesco, Buonabitacolo — Sabini Luigi, Caselle in Pittari — Medici Antonio, Polla — Priore Emilio, Sant'Arsenio — De Laurentis Francesco, Sassano — Rocco Giuseppe, Tortorella — Pifano Giovanni, Vibonati — Scarpa Racaele, Castelnuovo Cilento — Lombardi Pasquale, Magliano Vetere — Rinaldi Landolina Corrado, Montano Antilia — Sernicola Emilio, Pollica — Gagliardo Felice, San Giovanni a Piro — Sansone Paolo, Acerno — Amabile Andrea, Castel San Giorgio — Rebech Alberto Ettore, Cetara — Helzel Vittorio, Corbara — Troisio Vincenzo, Ciffoni Valle Piana — Parisi Ferdinando, Montecorvino Pugliano — Pastorino Crisante, Olevano sul Tusciano — Masturzo Camillo, Pontecagnano Foiano — Helzel Vittorio, Sant'Egidio Monte Albino — D'Amato Vincenzo, Scala — Santoriello Gaetano, Vietri sul Mare — Molinari Angelo, Altavilla Silentina — Mascolo Guglielmo, Campagna — Augusto Vito, Colliano — Macroveyo Toribio, Felitto — Mazzoli Giovanni, Laviano — Greco Alfredo, Palomonte — Rescinti Silvio, Roscigno — Cestari Nicola, Montesano — Pinto Ernesto, Padula — Raimondo Pasquale, Sapri — Cataldo Pasquale, Alfano — Torrusio Nicola, Capora — Tata Domenico, Castellabate — Gabriele Giacomo, Centola — De Marco Francesco, Gioi — Farzati Bartolomeo, Laureana Cilento — Ippoliti Emilio, Laurino — Speranza Cesare, Laurito — Lebano Luigi, Lustra — D'Agosta Mattia, Moio della Civitella — Lombardi Pasquale, Monteforte Cilento — D'Agosta Mattia, Novi Velia — Piccirilli Gabriele, Ortodonico — Falzati Bartolomeo, Perdifumo — Vairo Gennaro, Piaggine Soprano — Calicchio Vincenzo, Torre Orsaia — Vairo Gennaro, Valle dell'Angelo — Marano Salvatore, Salerno.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano.* — Il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Italiano d'Alessandria d'Egitto, di prossima apertura, pone a concorso per titoli il posto di Chirurgo primario, giusta le norme delle quali agli art. 9 e seguenti del Regolamento interno dell'Ospedale stesso.

I concorrenti devono essere italiani, laureati in Italia, e provare di avere una speciale perizia nella chirurgia generale.

Il Chirurgo primario non è stipendiato, ma ha diritto agli onorari che fisserà volta per volta coi ricoverati, a cura del Direttore amministrativo dell'Ospedale, prima dell'operazione. Egli ha inoltre libero esercizio professionale in città.

Limite di età per concorrere: 45 anni.

Il concorso verrà chiuso il 15 marzo 1923.

Le domande dei concorrenti devono essere indirizzate al Presidente del Consiglio di amministrazione dell'Ospedale presso il R. Consolato Generale d'Italia in Alessandria d'Egitto.

I documenti, cioè: l'atto di nascita, il diploma di laurea, o una copia autentica, la fede penale e tutti i titoli che valgano a provare la perizia ed i meriti scientifici e personali dell'aspirante non devono essere allegati alla domanda; il Consiglio di amministrazione indicherà, appena chiuso il concorso, a quale Ufficio in Italia devono essere indirizzati per essere sottoposti alla Commissione esaminatrice, di cui all'art. 11 del Regolamento interno.

AVIANO *(Udine)*. — 2º Rep. Scad. 28 feb. L. 7000 stip., L. 2500 trasp.; alloggio semigrat., 2 c.-v.

CASTELLEONE *(Cremona)*. — 2ª Cond. chirurgica. Proroga a tutto 28 feb. Chiedere annunzio. L. 6500 resid., aumentabili del 100 % dopo 25 *(sic)* anni di servizio: L. 2000 per 100 pov., addizion. L. 2, indennità varia, L. 5000 quale Direttore dell'Ospedale, c.-v., eventualm. mezzi di trasp. Certificato attestante speciale attitudine per l'esercizio della chirurgia ed ostetricia dimostrata in un Ospedale del Regno o presso altri pubblici stabilimenti.

CASTELNUOVO DI PORTO *(Roma)*. — Vedi fasc. 6. Proroga 28 febbraio.

FANO *(Pesaro-Urbino)*. — Due cond.; L. 7000 fino a 500 pov., 10 trienni del ventes., addizion. L. 3; per disagiata resid. L. 1000; cav. L. 3000; c.-v. come agli impiegati dello Stato. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio. A tutto il 10 marzo.

MANCIANO *(Grosseto)*. — Scad. 28 feb.; vedi fascic. 6.

MIGLIARINA *(Catanzaro)*. — L. 8000 oltre L. 600 uff. san.; L. 10 per ogni fam. pov. in più delle 300. Scadenza 25 febbraio.

MONTE S. GIACOMO *(Salerno)*. — Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

SORANO *(Grosseto)*. — Scad. 28 feb.; vedi fasc. 6.

VIGO-CADORE *(Belluno)*. — Scadenza 20 febbraio. Consorzio con Lozzo e Lorenzago. L. 6000 fino a 1000 pov.; per ogni gruppo di 100 poveri (non inferiore a 50) L. 2 ciascuno; cavallo L. 3500; automezzi L. 1800, qualsiasi altro mezzo L. 1000; per uff. san. L. 550; c.-v. a norma di legge; alloggio gratuito. (L'annunzio ci è stato rimesso con ritardo).

BORSE DI STUDIO.

ROMA *Ministero per l'Agricoltura.* — È bandito un concorso per due borse di studio per l'esecuzione di ricerche malariologiche ed anofelogiche connesse con la colonizzazione e con la piccola bonifica igienica dei terreni malarici, da godersi nel periodo di dodici mesi continui, presso RR. Istituti d'istruzione o sperimentali o presso Istituti privati di riconosciuta importanza.

L'ammontare di ciasuna borsa, in L. 12,000, sarà corrisposto in rate bimestrali posticipate. Potrà assegnarsi un premio ulteriore.

Le domande di partecipazione al concorso dovranno pervenire in carta legale da L. 2.40 al Ministero di Agricoltura (Direzione generale della Colonizzazione) entro il 31 marzo.

Ulteriori notizie nel fasc. 5, pag. 165.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffide: S. Germano de' Berici (Vicenza), Grotte di Castro (Roma).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Serafino Apicella, di Montella (Avellino), benemerito della Salute pubblica, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di settembre 1922.

MALATTIE	4-10 settembre		11-17 settembre		18-24 settembre		25 sett. 1º ottobre	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	74	225	51	193	47	195	65	212
Scarlattina. .	81	170	93	317	83	179	114	230
Vajuolo e vajoloide . . .	1	1	3	4	1	1	—	—
Tifo addominale . . .	537	1457	406	990	459	1343	451	1348
Difterite e croup . . .	145	261	106	176	122	205	120	170
Meningite cerebro-spinale	—	—	1	1	2	2	—	—
Dissenteria	48	82	24	80	33	60	18	3
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Colera asiatico	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbonica . . .	—	—	1	9	1	1	1	1

NOTIZIE DIVERSE.

XVI Congresso della Società Freniatrica italiana in Roma.

Si terrà nei giorni 5-7 aprile, a Roma. Vi si discuteranno i seguenti temi generali:

1. «Nosografia e patogenesi delle psiconeurosi» (relatori prof. G. Modena di Ancona e prof. Arturo Morselli di Genova).

2. «Patogenesi della epilessia cosidetta essenziale» (relatori prof. Carlo Besta di Milano e prof. Luigi Roncoroni di Parma).

3. «Schizofrenie e pseudoschizofrenie» (relatori prof. G. Montesano di Roma e prof. Kobylinsky di Genova).

4. «Sulla anatomia patologica delle frenastenie» (relatori prof. Aretini di Arezzo e prof. G. Pilotti di Roma).

5. «Il trattamento dei delinquenti pazzi secondo il progetto del Codice Penale» (relatore prof. G. O. Ferrari).

Coloro che desiderano partecipare al Congresso sono pregati di rivolgersi alla Segreteria del Congresso stesso (prof. F. Bonfiglio, via del Mascherino, 72 - Roma).

Al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Ebbe luogo a Milano, nel salone dell'Accademia di Brera, l'adunanza solenne d'apertura del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

La cerimonia fu chiusa dalla proclamazione dell'esito dei concorsi a premi scaduti nell'anno scorso, fra i quali, attinenti alla medicina ed alle sue branche affini, il premio Fossati di L. 2.000, riflettente gli studii d'anatomia ed istologia del sistema nervoso, vinto dal dott. Tullio Termi, dell'Università di Torino; il concorso della fondazione Brambilla raccolse sei concorrenti: il premio di 1° grado fu assegnato ad Emilio Dahò, per i suoi prodotti alimentari dietetici; il premio del concorso sull'importanza dei catalizzatori e degli enzimi nella chimica generale biologica e tecnica (L. 2500 e medaglia d'oro) venne assegnato al prof. Ugo Pratolongo, della R. Scuola d'Agricoltura di Milano.

Scuola medica periziale giudiziaria e delle assicurazioni sociali.

Nella Regia Università di Genova agli Istituti Biologici il 29 gennaio è stato inaugurato il corso annuale della *Scuola Periziale*, decretata e in funzione da due anni. Presenziavano la Magistratura della Corte d'Appello e Tribunale, i Presidi delle Facoltà giuridica e medica e un folto uditorio di studiosi delle scienze medico-legali e sociali. Il Direttore prof. G. G. Perrando in una breve introduzione toccò dell'incremento della scuola, corrispondente ai fini dell'art. 209 del C. P. P. Accennò all'interessamento che per la scuola hanno dimostrato i Ministri della Istruzione, della Giustizia, e del Lavoro, ricordò il conferimento della docenza in patologia del lavoro al prof. A. Peri, in applicazione dell'art. 24 del Reg. Universitario. Diede quindi la parola all'oratore ufficiale prof. Arturo Morselli, che in una lucida e brillante prolusione trattò «dei nuovi orizzonti della psichiatria forense».

Società italiana per lo studio delle questioni sessuali.

Il 19 gennaio si è riunito il Gruppo Romano nell'Aula dell'Istituto di Fisiologia. Presiedeva l'onorevole Silvestro Baglioni.

Il prof. Cesare Artom riferì sulla estensione dell'ermafroditismo in parecchi tipi di invertebrati e sulle recenti esperienze sull'*intersessualità* condotte dal Goldschmidt specialmente sulle farfalle. Le suddette esperienze dimostrano che l'intersessualità è un fenomeno schiettamente ereditario. Queste esperienze hanno importanza anche per la medicina legale.

Il prof. G. Amantea illustrò un caso di *criptoressia* congenita unilaterale in un cane, che ha potuto studiare per oltre due anni, tenendo presente il comportamento dei riflessi sessuali fondamentali e la secrezione prostatica, per due mesi prima, e per venti mesi dopo l'ablazione del testicolo normale; e poi ancora dopo asportato il testicolo atrofico, e dopo due trapianti successivi di testicoli normali.

Il prof. Vincenzo Montesano si occupò della questione del certificato sanitario prematrimoniale. Dimostra anzitutto come in rapporto alle malattie veneree sia lungo e difficile stabilire con esattezza la perfetta sanità dei candidati al matrimonio. Questo già forma una grave difficoltà per l'introduzione del nuovo certificato. Ma oltre questo l'O. si preoccupa delle conseguenze sociali di una legge in tale senso. In conclusione il Montesano si dichiara recisamente contrario al progetto di legge che intende presentare il Fascio medico parlamentare, e si augura che la questione sia oggetto di approfondita discussione in seno alla Società.

La prossima riunione avrà luogo nell'Aula dell'Istituto di Fisiologia (via Agostino Depretis) il 19 febbraio alle ore 18.

Per gli ospedali di Napoli.

Nella sede dell'Ordine dei Medici di Napoli e Provincia si sono riunite le Associazioni locali di medici e altri sanitarii e dopo discussione votarono un ordine del giorno col quale chiedono tra altro, che la funzione ospedaliera, accentrata in unico potere direttivo ed organizzatore, provveda: *a*) a smobilitare il patrimonio; *b*) ad unificare e ridurre la piovra burocratica che ne aspira i migliori succhi; *c*) a sistemare il corpo sanitario con i concorsi, con l'osservanza dei limiti di età, con l'unicità del mandamento, con la perequazione dei diritti e dei doveri; *d*) a dare definitivo assetto al personale infermiere, assicurandone bensì le condizioni di vita, ma imponendo adeguata educazione e cultura; nominano un Comitato tecnico di azione perchè siano avvisati i mezzi ulteriori, e perchè sulla base degli studi già compiuti, venga facilitato al Governo l'arduo compito della grande opera di restaurazione.

Per le cliniche universitarie di Pisa.

Su proposta dell'on. Gentile è stata approvata la convenzione 8 luglio 1922 per il completamento dell'assetto edilizio delle Cliniche della R. Università di Pisa. Con questo provvedimento si risolve un'annosa questione che le speciali circostanze create dai periodi bellico e post-bellico avevano reso ancor più complicata. Si tratta di una spesa complessiva di tre milioni e mezzo di lire, delle quali poco più che due milioni sono messe a carico dello Stato. Il rimanente è addossato all'Amministrazione Ospitaliera, ecc.

Il centenario della morte di Jenner.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha commemorato la morte di Edoardo Jenner, con un'allocuzione del prof. Achard e un discorso del professor L. Camus.

Visite periodiche ai conducenti d'automobili.

All'Accademia di Medicina di Parigi è stata discussa la proposta di istituire una visita medica obbligatoria degli *chauffeurs*. La patente non sarà rilasciata se non dopo aver superato il 21° anno di età; coloro i quali soffrono di diminuzione di vista e di udito devono essere sottoposti ad un esame annuale di uno specialista. Quelli che hanno già la patente devono essere visitati ogni 3 anni da una Commissione medica che procederà ad un accurato esame del cuore, dei vasi, e del sistema nervoso, rilasciando se è il caso una nuova autorizzazione per un periodo di tempo che la Commissione giudicherà opportuno.

Le statistiche hanno dimostrato che dopo che nell'esercito americano operante in Francia fu introdotto l'obbligo della visita medica per gli *chauffeurs* è diminuito di gran lunga il numero degli incidenti automobilistici.

Il primato degli Stati Uniti nel consumo delle droghe stupefacenti.

Gli Stati Uniti consumano droghe stupefacenti più di tutti gli altri paesi del mondo intero riuniti insieme. Il commissario Simon, della polizia di New York, ha fatto una inchiesta al riguardo e dice che vi sono ora agli Stati Uniti un milione e mezzo di disgraziati che per diverse ragioni sono divenuti vittime della cocaina, della morfina e di altri narcotici. Senonchè l'Attorney generale di Washington dice che i disgraziati di questo genere debbono essere almeno 4 milioni.

Abbonamenti cumulativi.

Quasi tutti i periodici con cui abbiamo istituito abbonamenti cumulativi sono in ritardo nella pubblicazione del 1° fascicolo dell'annata (in ragione delle persistenti difficoltà editoriali e tipografiche, difficoltà che si aggravano nel passaggio da un'annata alla successiva).

Preghiamo coloro che hanno assunto gli abbonamenti cumulativi col «Policlinico» a voler pazientare.

L'Amministrazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 4 nov. — Richard. Educazione fisica e medicina.

Boletin Médico, 1 nov. — W. Neumann. Come si riconosce la tbc. polmonare incipiente?

Presse Méd., 8 nov. — M. Hélonin. Volumetria urinaria. — 11 nov. — G. Worms e J. Bercher. Emiglossiti. — L. Cheinisse. Radioterapia della sterilità muliebre.

Rev. Clinica, sett. — A. Castro. Definizione della patologia generale.

Quaderni di Psich., sett.-ott. — G. Bilancioni. Ipersonnia in soggetti otitici di antica data.

Giorn. di Medic. Milit., 1 nov. — G. Urbino. Localizzazioni traumatiche post-tubercolari. — R. Ribolla. Patogenesi e terapia del mal di mare. — F. Bocchetti. Colonie sanitarie marine militari.

Journal de Méd. de Bordeaux, 25 ott. — J. Boisserie-Lacroix. La stitichezza del lattante.

Deutsche Mediz. Wochens., 3 nov. — G. Greil. Costituzione e predisposizione, in specie ai tumori. — L. Kuttner. Le diarree croniche.

Münch. Mediz. Wochens., 3 nov. — O. Langheinrich. Influenze psichiche sulla attività secretoria dello stomaco e dell'intestino. — G. Riedel. Osteochondritis deformans coxae juvenilis.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 ott. — P. Galli. Il cloruro di calcio nel morbillo.

Journal Americ. Medic. Assoc., 21 ott. — H. Berglund e altri. Ritenzione azotata a funzione renale. — P. Ramos-Casellas. Cooperazione del roentgenologo e del cardiologo.

Scalpel, 28 ott. — L. De Coster. Trattamento delle divisioni velo-palatine congenite.

Soc. Méd. d. Hôp., 26 ott. — P. Amenille. I paradossi della sinfisi pleurica. — Caussad, A. Lévy-Frankel e Juster. Acanthosis nigricans. — A. Florand. Soffi continui xifoideo e sotto-ombellicale d'origine venosa in un cirrotico.

Edinb. Med. Journ., nov. — D. M. Greig. «Achalasia» (contrazione) esofagea. — J. O. Affleck. Il problema patologico e clinico del sordomutismo.

Wien. Klin. Wochens., 2 nov. — O. Stoerk. Sulla gastrite cronica.

Mediz. Klinik, 12 nov. — W. Beuthin. Trattamento della peritonite ostetrico-ginecologica. — F. Kisch. La pinguedine apparente. — P. Bonheim. Trattamento conservativo di grossi noduli emorroidari.

Ann. di Med. Nav. e Col., sett.-ott. — C. M. Belli. Distruzione dei topi sulle navi per mezzo dei gas asfissianti.

Pathologica, 15 nov. — G. Pistocchi. Anafilassi e tiroide.

Paris Méd., 18 nov. — Numero sull'igiene e la medicina sociali.

Deutsche Mediz. Wochens., 17 nov. — A. Buschke e E. Sklarz. Sull'azione non specifica del mercurio. — K. Frehse. Sulla durata della nefrite cronica.

Archivi.

Endocrinology, sett. — L. HUNT. Trapianti testicolari. — E. NOVAK. Sulla terapia ovarica.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 4 nov. — M. MÁRQUEZ. Spasmi dei muscoli oculari.

Zeitschr. f. Tuberk., ott. — F. JESSEN. Sul trattamento della tbc.

Arch. de Cariol. y Hematol., ott. — C. JIMÉNEZ DIAZ. Alterazioni dell'arteria polmonare nei malati cardio-respiratori; angor angiopulmonalis.

Quarterly Journ. of Med., ott. — S. C. DYKE. Rene grinzo. — G. EVANS. Arteriosclerosi infantile. — S. V. TELFER. Metabolismo del calcio e del fosforo: rapporti col rachitismo.

Annales de l'Inst. Pasteur, ott. — M. NICOLLE e E. CÈSARI. La fagocitosi.

Anales de la Faculd. de Med., Montevideo, giugno e luglio. — F. VOLTZ. Sulla radiosensibilità. — J. NIN Y SILVA. Morbo di Banti. — J. MAY. Glossite losangica mediana.

Giorn. di Clin. Med., 30 ott. — G. POGGIO. Alcalimetria sanguigna nelle affezioni epatiche. — G. PESCATORI. Turbe vasomotorie degli emiplegici.

Journ. Nerv. a Ment. Disease, nov. — G. W. HALL e C. A. NEYMANN. Reazioni schizofreniche. — R. TUMBELAKA. La malattia di Alzheimer.

Arch. Méd. Belges, nov. — DANZIN. Cardiopatie sconosciute e false cardiopatie.

Il Fascicolo II (1° febbraio 1923) della nostra **SEZIONE MEDICA,** contiene i seguenti lavori:

I. — G. ANCONA: **Asma epidemico da « Pediculoides ventricosus ».**

II. — G. PETRAGNANI: **Ricerche sperimentali sul cosidetto asma anafilattico.**

III. — G. BRECCIA: **Pressione pleurica e collasso polmonare nel pneumotorace artificiale.**

Un fascicolo di 56 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Il Fascicolo II (15 febbraio 1923) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** contiene i seguenti lavori:

I. — O. CIGNOZZI: **La splenomegalia malarica e le sue complicazioni.**

II. — M. MARGOTTINI: **Sopra un caso di lussazione traumatica del testicolo.**

III. — G. PISANÒ: **Contributo a la conoscenza degli ascessi subfrenetici.**

IV. — G. PISTOCCHI: **Sarcoma primitivo dello stomaco e trauma. Genesi traumatica di tumori.**

V. — L. TORRACA: **A proposito dello articolo del dott G. Matronola: " Due oasi di pneumatosi cistica ,,.**

Un fascicolo di 56 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **MEDICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Adenite epitrocleare nell'infanzia: valore diagnostico . . . *Pag.* 254
Anestesie locali: sulle — . . . . . . » 243
Antrace e foruncoli: cura . . . . . . » 254
Assistenza sanitaria agli invalidi di guerra . . . . . . » 257
Bibliografia . . . . . . » 249
Bismuto (i sali di) nella cura della sifilide . . . . . . » 233
Canfora fenicata in chirurgia articolare . » 246
Coxa vara statica: terapia operativa . . » 245
Crepitatio scapularis . . . . . . » 249
Cronaca epidemiologica . . . . . . » 261
Edema palpebrale e nefrite latente . . . » 255
Encefalite infettiva e fenomeni neurotici » 251
Encefalite letargica: terapia dei postumi con autoliquor terapia . . . . » 252
Febbricola da pleurite latente . . . . » 251
Malarici congedati: assegni ai sanitari . » 260
Medici ospedalieri: graduatoria e nomina » 250
Medico Caduto in Guerra: bozzetto del monumento al — . . . . . . » 259
Meniscite cronica . . . . . . » 247
Milza: nuova funzione . . . . . . » 254
Neosalvarsan: controindicazioni alla cura con — . . . . . . *Pag.* 255
Opere pubbliche: assegnazioni di mutui » 257
Osteoartrite dell'anca . . . . . . » 244
Otiti grippali: trattamento . . . . . » 253
Parkinsonismo post-encefalitico . . . » 236
Prolusione del prof. Dionisi . . . . » 250
Radiumterapia: nuovo sistema (mobile) e nuovi apparecchi . . . . . . » 242
Raggi X e freddo: azione combinata sulle cellule nervose . . . . . . » 251
Sanguinacci: dimostrazione dell'aggiunta di sangue eterogeneo . . . . . » 255
Segreto professionale del medico e matrimonio . . . . . . » 256
Sierositi: cura . . . . . . » 251
Tonsillectomia: effetto in 5000 bambini . » 254
Tonsille: il problema delle — . . . . » 252
Traumi e tumori: rapporti . . . . . » 240
Ufficiale sanitario: indennità per prestazione straordinaria . . . . . . » 258
Versamenti pleurici: nuovo metodo fisico per la diagnosi . . . . . . » 250

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 26 Febbraio 1923 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: O. Cantelli: Intorno al « Fenomeno degli occhi di bambola ».
Osservazioni cliniche: P. Filippella: Ricerche su tre casi di « Febbre eruttiva ».
Note e contributi: G. B Podestà: Osservazioni sulla ricerca del Treponema pallidum mediante la puntura delle linfoglandole e dei tessuti.
Sunti e rassegne: SEMEIOTICA: M. Graig: I sintomi mentali nelle malattie somatiche. — MEDICINA: A. Cigon: I bisogni calorifici ed energetici dell'uomo. — CHIRURGIA: Tanner: Tumori del testicolo.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Reale Accademia Medica di Roma. — Società Lombarda di scienze mediche e biologiche - Milano. — Reale Accademia Peloritana - Messina.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: RICAMBIO: Tre errori di diagnosi determinati da accessi di gotta acuta. — Il diabete in rapporto con la sifilide. — Emosiderosi generalizzate. — SISTEMA DIGERENTE: Il cardiospasmo. — Colite cistica dissenterica. — La cura delle emorroidi con le iniezioni — I pericoli della fenolftaleina come lassativo. — Formula araba per purgante. — MEDICINA SOCIALE: Sull'esame medico degli chaffeurs. — POSTA DEGLI ABBONATI.
Politica sanitaria e giurisprudenza: La legge contro il commercio abusivo degli stupefacenti. — Per la Cassa di maternità. — Assicurazione contro gli infortuni in agricoltura. — Contro l'abuso delle specialità medicinali.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Pei congedati malarici. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Intorno al " Fenomeno degli occhi di bambola ,,.

(Seconda nota)

Prof. ORESTE CANTELLI
libero docente di patologia speciale medica.

Il « Puppen-Auge » del dott. Widowitz non è il « fenomeno degli occhi di bambola ». — Non mi sembra che il segno riscontrato nelle paralisi difteriche a carico dei muscoli oculari dal dott. Widowitz (*Münchener Medizinische Wochenschr.*, n. 52, a. 1921) e da lui descritto e denominato, senza logicamente ricordare il mio precedente lavoro (*Riforma medica*, 10 settembre 1921), « Puppen-Auge » possa, in nessun modo, confondersi col « Fenomeno degli occhi di bambola » da me messo in luce. Per l'A. il « Puppen-Auge » consisterebbe: 1) in un leggero esoftalmo dei bulbi dovuto a diminuzione del tono muscolare in rapporto colle estese paralisi dei muscoli; 2) in una rarità e monotonia dei movimenti oculari accompagnati pure da uno scarso e monotono ammissamento palpebrale. Perciò il « Puppen-Auge » dell'A.: protusione del bulbo, lentezza e tardività dei movimenti dei globi oculari e delle palpebre, dev'essere riportato in caso al comportamento degli occhi nelle bambole con palpebre mobili. E poichè l'A. aggiunge di proposito che la testa cerca di supplire, con analogo movimento eseguito nel medesimo senso, i movimenti lenti del bulbo, mentre io ho chiamato « fenomeno degli occhi di bambola » la dissociazione che avviene in alcuni casi tra i movimenti del capo e degli occhi

dell'infermo, in modo che mentre il primo si abbassa i secondi si innalzano e, viceversa, gli occhi s'innalzano quando il capo si abbassa, non credo occorra spendere più parole a fine di dimostrare la differenza dei due fenomeni. Il dott. Widowitz infine ha voluto sintetizzare con un nome nuovo un fatto notissimo; mentre io ho adoperato il medesimo motto per mettere in luce un fatto nuovo.

Come avvengono in condizioni fisiologiche i movimenti associati verticali del capo e degli occhi. — Quando, o sotto l'azione della volontà o per mezzo dei movimenti passivi, si ricerchi, in individui sani il modo di comportarsi dei globi oculari durante la flessione e l'estensione del capo, si nota che l'occhio, quando sotto lo sforzo volitivo fissa un oggetto, non risente affatto l'influenza dei movimenti associati. Anzi, qualora in seguito alla flessione ed all'estensione del capo, l'oggetto fissato venga a trovarsi, rispetto allo sguardo, in un piano superiore od inferiore a quello in cui si trovava all'inizio del movimento, l'occhio tende a guardare in alto nel primo caso, in basso nel secondo. Si ha cioè una dissociazione volontaria. Quando poi l'individuo in esame non fissi alcun oggetto e giunga ad adattare lo sguardo per la visione all'infinito, in modo che i movimenti volontari di fissazione siano addirittura aboliti, sembrerebbe, a priori, che l'occhio dovesse seguire senz'altro i movimenti del capo abbassandosi nella flessione e innalzandosi nella estensione. In realtà però i fatti non corrispondono a questo semplicistico modo di vedere. Innanzitutto io ho trovato dei giovani studenti che non potevano in nessun modo, durante l'esperimento, adattare lo sguardo all'infinito e fare astrazione dal fissare comunque un oggetto, dimodochè gli occhi risalivano e si mantenevano costantemente in alto durante la flessione del capo. Ed in essi non ho potuto con nessun artificio, nè con occhiali opachi o di carta, nè per mezzo di lunghi tubi appaiati terminanti con istrettissimo foro, ottenere un comportamento diverso. Non è certo il caso di pensare che in queste persone mancasse il movimento associato, poichè, all'infuori della ricerca sperimentale, nella vita quotidiana i movimenti associati erano normali. Ad ogni modo, per essere breve, riassumerò schematicamente quanto io ho potuto osservare: 1) Impossibilità da parte del soggetto in esame, nonostante tutti gli artifici adoperati di adattare, durante la ricerca, lo sguardo all'infinito e fare completa astrazione dal fissare; 2) durante la flessione del capo, gli occhi tendevano in primo tempo ad innalzarsi per ricadere poi in basso repentinamente; 3) alcuna volta ho riscontrato che, tanto nei movimenti di flessione quanto in quelli di estensione, anche quando i movimenti non erano assai affrettati, si aveva da parte degli occhi ed all'inizio del movimento un accenno alla dissociazione; 4) ho pure notato, ad esempio, ed il fenomeno era il più delle volte, data la rapidità dei movimenti oculari, percepito più esattamente dal soggetto, che visto dall'esperimentatore, che, durante l'estensione del capo si aveva un primo lievissimo movimento in basso del bulbo, cui tosto seguiva un movimento in alto. Però, prima che l'occhio si decidesse a seguire il movimento del capo, si notava ancora una rapida oscillazione in basso; 5) infine ho potuto anche osservare, studiando il modo di comportarsi dei bulbi oculari durante il passaggio del capo dalla posizione di flessione a quella di estensione e viceversa, che gli occhi tendevano a rimanere, per un brevissimo tempo, nella posizione di sguardo in basso nell'un caso e di sguardo in alto nell'altro.

In conclusione, da questi miei studi deriva che i globi oculari, prima di seguire il capo nel suo movimento ne compiono, per lo più, uno rapidissimo ed opposto.

Anche Paolo Schuster di Berlino (*Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, Bd. 70) ha eseguito ricerche analoghe, facendo però solo flettere ed estendere passivamente il capo. Egli riscontrò che « in generale, se l'esaminato non fissa e non sa di che cosa si tratta, i globi oculari non cambiano sensibilmente la loro posizione primitiva rispetto alla testa; ma rimangono nella loro posizione di partenza. Soltanto delle volte si vedono, inclinando fortemente la testa, i bulbi risalire pochissimo in alto; però, più spesso si vede, che i globi oculari si muovono in senso identico a quello della testa, che, massime nel movimento all'indietro del capo, gli occhi salgono in alto. Soltanto in casi rari, se i movimenti della testa erano eseguiti molto rapidamente e bruscamente, si poteva rimarcare il principio di un movimento antagonistico degli occhi ».

Come si vede, in queste ricerche il movimento antagonistico degli occhi che, dalle mie esperienze, risulta il fenomeno fondamentale, è messo raramente in evidenza e solo nei movimenti rapidi e bruschi. Tuttavia l'A., rientra nell'ordine dei miei pensieri, quando emette l'ipotesi « che il mantenimento della posizione degli occhi nell'uomo sano e nei movimenti di capo passivi possa eventualmente rappresentare un processo secondario riflesso originato in maniera semivolontaria come reazione

ad un movimento antecedente antagonistico abortivo e perciò non osservato ».

Ora, ammettendo anche, come vuole lo Schuster, e come le mie ricerche sul comportamento degli occhi e del capo in rapporto ai movimenti attivi e passivi tendono pure a dimostrare che la ragione che induce l'occhio a seguire il movimento della testa sia dovuto ad un riflesso semivolontario, provocato appunto dal primo movimento antagonistico, movimento abortivo secondo lo Schuster, ben visibile invece, secondo i risultati dei miei esperimenti, appare tuttavia evidente che ci sfugge precisamente il meccanismo di tale movimento antagonistico. E siccome le mie ricerche dimostrano che i globi oculari si comportano nell'istesso modo tanto durante i movimenti attivi quanto durante quelli passivi, così mi sembra di poter asserire innanzi tutto che il meccanismo del movimento abortivo debba essere identico nei due casi.

Veramente dalle altre ricerche dello Schuster: 1) gli occhi non cambiano di posizione; 2) ma i bulbi seguono i movimenti del capo specialmente nell'estensione; 3) nei movimenti forzati di flessione del capo i bulbi possono risalire un po' in alto, sembrerebbe che, nel giuoco dei movimenti oculari, avesse una certa importanza l'ipertonia degli elevatori ammessa anche da alcuni studiosi. Però tale concetto, che è fondamentalmente contrario ai fatti da me messi in evidenza, ci dovrebbe, a ragion di logica, far ritenere che i movimenti iniziali antagonistici avvenissero sempre a favore della via innalzatrice dello sguardo. Invece io ho messo in luce, che spesso, anche quando si parte dai movimenti estremi di flessione, gli occhi tendono, in un primo momento, a rimanere fermi nella posizione di partenza, e che, alle volte, quando si parte dalla posizione eretta del capo, gli occhi, prima di seguirne lo spostamento si mostrano in preda a rapidi e ripetuti movimenti verticali antagonistici. Si nota, in conclusione, non una prevalenza esclusiva degli elevatori, ma piuttosto, si dovrebbe dire, dell'uno o dell'altro gruppo muscolare opposto, a seconda della posizione in cui si trovano rispettivamente il capo ed i globi oculari all'inizio del movimento. Inoltre, come meglio si vedrà in seguito, lo studio di un caso da me osservato di paralisi dello sguardo in basso, con ispiccato ipertono degli elevatori, in cui era conservato il movimento associato in basso, a favore quindi dei muscoli paralizzati, fa scartare l'ipotesi che i movimenti oculari associati siano sottoposti ad un ipertono degli elevatori. Sembrerebbe pertanto doversi ritenere o che, in realtà, non si giungesse pressochè mai nelle condizioni dell'esperimento, a fare totale astrazione dal fissare o che gli stimoli sollecitanti l'occhio a cambiare direzione non appena il capo passi da un dato movimento a quello opposto o fossero tardivi a percorrere le vie loro assegnate o potessero, nell'istesso tempo, percorrere le due vie opposte inibendo il rilasciamento dei muscoli contratti e sollecitando, contemporaneamente, alla contrazione i muscoli rilasciati. Ma siccome tali concetti non illuminerebbero in modo sufficiente, il meccanismo dei movimenti di va e viene (ondulatori) da me osservati, e, siccome, cosa più importante, non trovano riscontro in nessun altro fatto analogo, poichè il sistema nerveo-muscolare tende normalmente a compiere i movimenti anche più complessi in modo armonico e continuo, così io son venuto nella convinzione che nessuna delle ipotesi sopra emesse possa da sola spiegare in modo esauriente il comportamento iniziale antagonistico degli occhi, nei movimenti verticali, associati con quelli del capo.

Ora, partendo dal principio che noi possiamo considerare l'occhio nel suo insieme (occhio, muscoli, nervi motori), quando il capo si trovi in posizione verticale coi bulbi diretti in avanti, come rappresentante un sistema statico in rapporto al piano delle forze, io mi sono dimandato, se per caso, nel movimento antagonistico iniziale degli occhi, quando, in seguito al movimento del capo, il sistema statico passa, improvvisamente, a quello dinamico, non potesse giuocare una parte la gravità.

Ho quindi enucleato, da un cadavere recente, il bulbo oculare e, dopo averne tolto tutto lo strato adiposo circostante, l'ho immerso in una soluzione di cloruro di sodio all'1,75-2 %. In tali condizioni si vede l'occhio guardare nettamente in basso, innalzarsi dal fondo del recipiente (una bottiglietta comune chiusa con tappo smerigliato) e porsi fra due acque in modo che i due strati liquidi, l'inferiore ed il soprastante sono, presso a poco, di uguale spessore. Qualora poi si ponga la bottiglia, ermeticamente chiusa e priva d'aria, in posizione orizzontale, si vede che l'occhio si dispone colla cornea in basso, volgendosi nettamente verso la parete inferiore. Allora, compiendo dei movimenti di altalena, facendo muovere la bottiglia intorno ad un asse trasversale immaginario, coll'imprimere dolci spostamenti in basso ed in alto, vediamo che l'occhio si muove colla cornea verso il lato del movimento. Perciò, se noi supponiamo che la parete inferiore della bottiglia, verso la quale si dispone la cornea, rappresenti la parete inferiore dell'orbita e quella superiore, la superiore, noi constatiamo

che, nei movimenti di abbassamento, l'occhio tende a volgersi nettamente verso la parete superiore ed in quelli di innalzamento verso l'inferiore. E' chiaro quindi che se l'occhio si trovasse sospeso nell'orbita e fosse libero di ubbidire alla legge di gravità, esso si disporrebbe colla cornea in basso e, col muoversi del capo, e quindi dell'orbita, esso mostrerebbe all'osservatore di compiere dei movimenti perfettamente antagonistici, di andare cioè verso il tetto dell'orbita nei movimenti di flessione e di rivolgersi invece verso la parete inferiore durante quelli di estensione del capo; di comportarsi cioè nell'identico modo di quello descritto nel «fenomeno degli occhi di bambola».

Se però in realtà le cose non stanno in questo modo, pure, se, come sopra ho accennato, è vero che l'occhio (posto l'individuo col capo in posizione verticale e collo sguardo diretto in avanti) può considerarsi come un sistema statico, per la legge la quale vuole che forze uguali e contrarie si elidano, è logico ammettere, che qualora l'equilibrio delle forze si rompa, esso debba essere, senz'altro, sollecitato ad ubbidire alla gravità. Ora, poichè i movimenti associati avvengono per via riflessa e perchè occorre pur sempre allo stimolo un certo intervallo di tempo per giungere a sollecitare il muscolo alla sua funzione, mentre l'equilibrio statico delle forze è rotto sin dal primo inizio del movimento del capo, si può anche ammettere che i globi oculari, possano, per un istante rimanere in balia della legge di gravità. E tanto più potranno in caso essere visibili i movimenti iniziali dissociati quanto più rapidi saranno i movimenti del capo. Ma, passato quest'attimo, e riprendendo senz'altro il sopravvento il giuoco del sistema nervoso attraverso la via riflessoria, l'occhio tenderà a seguire nettamente i movimenti della testa. Nei casi poi nei quali, durante l'estensione del capo, l'occhio, dopo essersi appena appena rivolto in basso, subisce una o due oscillazioni verticali, prima d'innalzarsi decisamente, si può pensare che lo stimolo il quale sollecita l'occhio al movimento non sia capace d'imprimere agli elevatori dello sguardo un tono deciso e nettamente superiore a quello degli abbassatori, dimodochè occorrendo alcuni istanti affinchè l'equilibrio rotto primieramente dalla forza di gravità, si ritorni a formare a favore degli elevatori, i globi oculari oscillerebbero nelle due direzioni dell'alto e del basso (movimento ondulatorio verticale?, nistagmo verticale fisiologico?). Infine ammettendo che la gravità abbia una certa influenza nel muovere gli occhi in senso antagonistico a quello del capo nei movimenti associati verticali, si comprende bene, come i globi oculari, portandosi il capo dalle posizioni estreme di flessione ed estensione a quelle opposte, possano, essendo appunto sollecitati dalla legge dei gravi a muoversi in senso antagonistico, rimanere all'inizio del movimento fissi per un istante nella posizione di partenza. Con tutto questo, mentre osservo che in tal modo, possiamo con perfetta logica spiegarci i movimenti antagonistici descritti, pure non ritengo d'aver detto l'ultima parola sull'argomento.

Adunque i movimenti associati verticali del capo e degli occhi si possono, per quanto riguarda il nostro argomento, mettere in evidenza per mezzo di un duplice meccanismo che schematicamente può riepilogarsi nel seguente modo: 1) Ramo speciale della via volontaria corticale che unisce bilateralmente da un lato i nuclei addetti ai movimenti di flessione del capo e di abbassamento degli occhi, e dall'altro quelli adibiti ai movimenti di estensione del capo ed innalzamento degli occhi — via decorrente nel fascio longitudinale posteriore, probabilmente in doppia serie, l'una riguardante le vie di abbassamento, l'altra quelle d'innalzamento — vie efferenti pei muscoli dell'occhio; 2) vie efferenti che dai muscoli del collo (flessori da un lato, estensori dall'altro) vanno ai rispettivi nuclei — vie del fascio longitudinale posteriore — vie efferenti pei muscoli oculari.

Però qualora si volesse ragionare per analogia riportandoci ai movimenti rotatori del capo, si dovrebbe aggiungere la via labirintica, di cui può essere espressione il nistagmo verticale. Secondo Bard (*Revue Neurologique*, 1918 - 1° Sem.) «la percezione dei movimenti passivi costituisce l'obbiettivo essenziale dell'apparecchio sensoriale labirintico della girazione, ed è esso solo che può permettere di stabilirne l'importanza, tanto più che i movimenti rotatori fanno portare l'attenzione solo sui movimenti del capo. È solo per la coordinazione di altre percezioni sensitive e sensoriali che la coscienza si serve di questo insegnamento per apprezzare i rapporti della testa e del corpo e per conseguenza la situazione di tutto il corpo».

Si potrebbe credere, quindi, che nell'uomo il movimento di flessione del capo provocasse una reazione labirintica la quale alla sua volta facesse conoscere in qualche modo alla coscienza la posizione del capo e degli occhi. Concessa questa speciale proprietà al labirinto, sarebbe anche facile ammettere, come si fa per gli animali, l'esistenza di fibre, per cui uno stimolo

labirintico potesse dirigere insieme il capo e gli occhi nello spazio nel senso della flessione e dell'estensione, allo istesso modo di quello che avviene pei movimenti di lateralità. Se il fatto non può essere negato a priori tanto da potersi anche supporre che nei nostri antichissimi progenitori, i quali conducevano vita selvaggia analoga a quella degli animali, tale via fosse veramente sviluppata, pure date le odierne condizioni della vita umana, non pare illogico ammettere che tali fibre, col passaggio dell'uomo allo stato di civiltà, si siano, man mano andate atrofizzando e siano quindi o scomparse o in via di scomparire.

Ad ogni modo io ho voluto ricercare in individui perfettamente sani il comportarsi degli occhi col far muovere volontariamente e passivamente il capo: *a*) nella posizione eretta: *b*) in quella orizzontale: *c*) in quella laterale. Poi ho fatto la medesima ricerca muovendo tutto insieme il corpo del soggetto nello spazio col distenderlo supino sopra un'asse orizzontale mobile. In questo caso, nonostante che si fosse costretti a compiere lentamente il movimento dell'asse dalla posizione orizzontale a quella verticale e viceversa, non ho riscontrato un comportamento differente da quello rilevato, in modo pressochè uguale, negli altri casi. Solo si notava un po' più spesso il fermarsi degli occhi nella posizione di partenza. Si deve ritenere pertanto, come anche opina Schuster, che, nell'uomo, almeno nelle condizioni di esperimento, il labirinto non abbia che scarsa o nessuna influenza su questi speciali movimenti associati. Ora, poichè, facendo astrazione dagli stimoli sensitivi e sensoriali di cui ho già parlato nella nota preventiva, tali movimenti rimangono solo in balia delle due vie riflessorie accennate, la volontaria in rapporto collo stimolo attivo, la riflessoria del collo in rapporto collo stimolo passivo; ne consegue, a rigor di termini, che quando una di queste due via sia lesa si possa manifestare il fenomeno degli occhi di bambola. Perciò, in modo schematico, si potrà asserire: 1) se il fenomeno si renderà evidente solo durante i movimenti attivi, si sarà logicamente indotti ad ammettere una lesione dell'apposita diramazione del fascio volontario (vedi nota preventiva): 2) se invece si manifesterà solo durante i movimenti passivi, sarà più facile dirigere la mente verso una probabile lesione dell'apposita diramazione motoria che innerva i muscoli del collo: 3) se, infine, come avveniva nel primo caso da me pubblicato si potrà mettere in evidenza tanto coi movimenti attivi quanto con quelli passivi, si potrà piuttosto rivolgere la mente ad una probabile alterazione risiedente nel fascio longitudinale posteriore. Solo in tal caso infatti sarebbe impedito il passaggio e agli stimoli provenienti dalla corteccia ed a quelli provenienti dal collo per uno dei due movimenti. E quindi si avrebbe l'eccitamento, per lo stimolo abnorme, della via integra ed il muoversi dell'occhio secondo la gravità.

Un caso di «fenomeno degli occhi di bambola» in cui gli occhi si rivolgono in basso durante l'estensione del capo. — Il «fenomeno degli occhi di bambola» fu da me primieramente osservato in condizioni specialissime, poichè mentre tutti i movimenti dei globi oculari erano normali, essi quando l'infermo, senza fissare lo sguardo, chinava il capo sia in modo volontario sia in modo passivo, diventavano abnormi. Difatti i globi oculari s'innalzavano durante la flessione del capo, s'abbassavano, per ritornare al punto di partenza, durante l'estensione.

In seguito, dopo la precedente nota preventiva, ho riscontrato un infermo in cui i movimenti dissociati avvenivano specialmente a favore dei movimenti oculari di abbassamento.

P. Primo, operaio di anni 53, da me esaminato nel novembre del 1921 era stato degente in Ospedale dal 1° gennaio al 1° giugno dello stesso anno perchè affetto da encefalite letargica. Come postumi si notavano: aspetto parchinsoniano, incapacità assoluta a compiere qualsiasi movimento in modo continuo, stazione eretta impossibile.

L'effetto del movimento riflesso al volto, lento a provocarsi, permaneva piuttosto a lungo. Patellare, accentuato. Fenomeno del ventaglio a destra. Segno di Rosolino. Cremasterici: torbidi. Addominali: vivaci. Nulla da parte della sensibilità. In riguardo all'apparecchio oculare si notava: tremore lieve delle palpebre nella chiusura forzata degli occhi; pupille normalmente reagenti alla luce ed alla accomodazione. I movimenti dei bulbi, possibili in tutte le direzioni erano un po' deficienti quando dovevano raggiungere le posizioni laterali estreme. Fissazione buona, capacità di seguire un oggetto posto in qualunque parte del campo visivo conservata. Per quanto fosse difficile il ricercarla, pure si notava che la dissociazione volontaria, sia pei movimenti verticali sia per quelli laterali era mantenuta (ricerca monoculare). Lieve grado d'innalzamento del bulbo durante la flessione forzata del capo. Ma poichè la rigidità della nuca rendeva impossibile l'estensione volontaria del capo e difficilissima quella passiva, io cercai di supplirvi facendo passare l'infermo dalla sua posizione abituale semi-seduta, in

quella orizzontale. Potei notare allora che i bulbi oculari cadevano verso il basso (la pupilla si volgeva verso i piedi). Dato lo stato dell'infermo non fu possibile altra ricerca.

Mi pare ora che, da tutto quanto è stato detto, si abbia diritto di concludere che possono essere lese in modo indipendente le due vie riflessorie innalzatrici ed abbassatrici dello sguardo, potendosi così avere un «fenomeno degli occhi di bambola» in cui prevale la dissociazione nel senso d'innalzamento dello sguardo, ed un altro in cui prevale la dissociazione nel senso di abbassamento.

(Continua).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
VIII Padiglione
diretto dal prof. AGOSTINO CARDUCCI.

Ricerche su tre casi di " Febbre eruttiva ,,

Dott. PIETRO FILIPPELLA, assistente.

Nel 1920 il prof. Carducci descriveva una nuova forma morbosa, avente un quadro clinico speciale con un decorso ciclico caratteristico, individualizzata specialmente da un tipo di febbre e da una speciale eruzione cutanea; sintomi principali che lo indussero ad apporle la denominazione di «Febbre eruttiva» in attesa che ulteriori ricerche rivelassero la vera natura della malattia.

Ne studiò il decorso clinico stabilendone i caratteri che la distinguevano da altre forme simiglianti e principalmente dal sifiloderma papulo-nodulare e dal tipo esantematico.

La etiologia rimaneva ignota, non si trovarono speciali alterazioni del sangue nè della serie rossa, nè della serie bianca; le prove sierologiche praticate in 9 casi per il tifo, paratifi e melitense, in 4 casi per il solo tifo, in un caso anche per il Proteus X^{19} furono negative, come pure fu sempre negativa la reazione di Wassermann e la emocoltura praticata in tre casi.

Il dott. Cesari nella sua tesi di laurea del 1921 ripigliò l'argomento, corredandolo di un nuovo caso osservato nell'VIII Padiglione del Policlinico e di qualche altro fornitogli dal dott. Falcioni, il quale aveva egli stesso, sul n. 13 della Sezione Pratica del *Policlinico* del 1920, pubblicate alcune sue osservazioni su casi analoghi a quelli osservati e descritti dal professor Carducci.

Avendo avuto occasione di averne seguito tre casi in quest'anno, durante il mio servizio di assistente nell'VIII Padiglione, sotto la direzione del prof. Carducci, riferisco gli studi fatti:

CASO I. — Anselmo R., a. 69, cacciatore: Entra il 18 giugno 1922. Nove giorni prima, dopo un bagno preso in acqua corrente mentre trovavasi in sudore, fu preso da intensi brividi di freddo e da indolenzimento a tutte le articolazioni ed alle estremità: 4 giorni dopo insorse febbre senza brivido della durata di solo qualche ora; il giorno seguente ricomparve febbre alta, che poi si mantenne continua, con qualche remittenza al mattino. Avvertiva inoltre abbattimento e lieve cefalea con anoressia e lieve arsura. Stipsi; urine cariche. Un giorno prima del suo ingresso in Ospedale ha notato la comparsa sulla cute di una eruzione diffusa sotto forma di macchie che, dapprima puntiformi, sono andate crescendo fino allo stato attuale senza disturbi subiettivi.

A 40 anni ebbe un'ulcera sospetta per la lues. Fin da giovane è andato soggetto a tosse specie nella stagione umida. Da qualche anno dolori reumatici.

E. O. — Condizioni generali depresse, sensorio integro, decubito preferito supino, nutrizione e sanguificazione buona, lievi edemi pretibiali.

Sulla cute di tutto il corpo notasi la presenza di un'eruzione a forma di maculo-papule, della grandezza media di una lenticchia, di colorito rossochiaro, alcune delle quali si attenuano, altre scompaiono con la pressione. Sono uniformemente distribuite, senza speciali predilezioni di sede.

Nulla nel sistema linfoghiandolare, ad eccezione di scarsi gangli inguinali. T. 37.5. Polso 110, aritmico, ineguale, a media ampiezza, pressione un po' aumentata.

Al torace: segni di lieve enfisema, con rantoli a medie bolle scarsi e diffusi.

Cuore. — Itto non visibile, palpabile al 6° spazio, un po' all'esterno dell'emiclaveare, dove si delimita con la percussione; all'ascoltazione azione cardiaca aritmica; toni deboli, netti.

Nulla all'addome. Fegato, non ingrandito in alto, si palpa in basso all'arcata, a margine un po' arrotondato, liscio, non dolente. Milza non ingrandita. Genitali sani. Nulla nel sistema nervoso.

Ricerche speciali. — Nell'urina tracce di albumina con qualche cilindro granuloso nel sedimento: peso specifico 1018. Esame del sangue per la malaria, negativo. R. W., negativa. Emocoltura col sangue prelevato in 10ª giornata negativa. Sierodiagnosi per il tifo, paratifi, melitense e Proteus X^{19} in 10ª giornata negative. Nel sangue non si riesce a mettere in evidenza spirocheti. Leucociti in 10ª giornata 14.200. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 60 %, linfociti 29 %, grandi mononucleari 11 %.

Diario. — La febbre si mantenne continua con remittenze al mattino fino al 13° giorno di malattia, cadendo per crisi. In 13ª giornata si notò che la maggior parte degli elementi eruttivi agli arti si erano trasformati in petecchie; l'eruzione al tronco anteriormente si era impallidita, mentre persisteva intensa al dorso, specie inferiormente. Tutto scomparve dopo 10-12 giorni dalla caduta della febbre.

L'esame di sangue per ciò che riguarda i leucociti, eseguito quasi tutti i giorni, dimostrò un numero oscillante tra i 6000 e i 10000 e per ciò che riguarda la formula leucocitaria dal 13° giorno di malattia col progredire verso la guarigione si notò una preponderanza delle forme mononucleari, specie linfociti, sui polinucleari neutrofili: non forme anomale, non assenza di eosinofili, nè eosinofilia.

CASO II. — Umberto P., a. 62, imbianchino. Entra il 13 luglio 1922. Malato da 5 giorni con cefalea, dolori alle regioni lombari, astenia agli arti inferiori, anoressia, sete intensa, febbre non preceduta da brivido: non vomito; nè epistassi, alvo piuttosto stitico. Solo al suo ingresso in Ospedale il medico di accettazione gli ha fatto notare la presenza di una eruzione cutanea che gli era passata inosservata, non determinandogli alcun fastidio.

E. O. — Condizioni generali discrete, sensorio integro, decubito preferito supino, nutrizione scarsa, T. 39. Polso 104. Respiro 36. Nulla nel retrobocca.

Su tutta la superficie cutanea si notano efflorescenze isolate ad elementi maculo-papulosi lenticolari, di colorito rosso vinoso, non coperte da squame, che scompaiono sotto la pressione, alcune lasciando un colorito gialletto, non dolenti, nè pruriginose. Nulla all'apparato glandolare. La palpazione delle masse muscolari risveglia dolore.

Apparati circolatorio e respiratorio: normali. Nulla all'addome. Fegato non ingrandito. Milza leggermente (un dito sotto l'arcata nelle inspirazioni) di consistenza non aumentata, non dolente. Genitali sani; nulla nel sistema nervoso.

Ricerche speciali — Nulla d'importante all'es. delle orine. Es.. del sangue per la malaria negativo. Cutireazione: negativa. R.W.: negativa. Emocoltura, col sangue prelevato in 6ª giornata, negativa. Le sierodiagnosi per il tifo, i paratifi, il melitense, in 7ª giornata, negative. Leucociti 10.100. Formula leucocitaria in 6ª giornata: Polinucleati neutrofili 65 %; linfociti 26 %; forme di passaggio 9 %. In 9ª giornata la formula si era così modificata: Neutrofili 50 %; linfociti 45 %; grandi mononucleari 2 %; forme di passagio 1 %; eosinofili 2 %; e in 13ª giornata: Neutrofili 52 %; linfociti 40 per cento; grandi mononucleari 5 %; forme di passaggio 2 %; eosinofili 1 %.

La febbre durò nove giorni con remittenze al mattino, cadendo per lisi in 2 giorni. La eruzione, conservandosi sempre maculo-papulosa, si andò notevolmente attenuando dall'11ª giornata, scomparendo del tutto dopo 5-6 giorni.

CASO III. — Giuseppe P., a. 59, cartaio. Entra il 10 settembre 1922. Malato da 4 giorni con malessere generale, vertigini, cefalea, dolori alle regioni lombari, ai muscoli degli arti inferiori e superiori, febbre alta preceduta da brividi di freddo, a tipo continuo, anoressia: Non vomito nè epistassi, alvo regolare.

All'età di 6-7 anni vaiolo con complicazioni oculari, tanto da perdere quasi del tutto la vista all'occhio destro. Tre anni prima broncopolmonite per cui fu ricoverato in ospedale per tre mesi. Non risulta lues.

E. O. — Condizioni generali discrete, sensorio integro, decubito indifferente, nutrizione mediocre, masse muscolari flaccide, pannicolo adiposo scarso, colorito della pelle e mucose visibili normale. Qualche ganglio nelle comuni stazioni linfatiche. Lingua umida leggermente impatinata; nulla al faringe: polso uguale, ritmico, a media ampiezza e pressione, frequenza 90. T. 38,5. Respiro 28.

Su tutto il corpo, ma specie sul dorso, sul tronco e più ancora sugli arti e su questi sulle superfici estensorie si notano numerose roseolo-papule, di colorito roseo, della grandezza da una capocchia di spillo ad una grossa lenticchia, non desquamanti: la maggior parte scomparenti alla pressione, in qualcuna residuando una tinta bruno-chiara; nessun disturbo subiettivo, tanto che l'infermo non si è accorto della eruzione che non risparmia nè la faccia, nè la fronte nè il palmo delle mani, notandosi anche al lato interno concavo dei piedi.

Al torace solo qualche rantolo a medie bolle alla base sinistra.

Nulla al cuore. Nulla all'addome. Fegato e milza nei limiti normali. Genitali sani. Negativo l'esame del sistema nervoso.

Ricerche speciali. — L'esame delle orine è negativo. L'esame del sangue in 6ª giornata dà il seguente risutato: Eritrociti 4,280,000. Emoglobina 75. Valore globulare 0.87. Leucociti 9,000. Formula leucocitaria P. Neutrofili 55 %. Forme mononucleari 44 %. Eosinofili 1 %. La emocoltura col sangue prelevato in 6ª e in 9ª giornata di malattia nei comuni terreni riesce negativa. Anche la semina in terreni anaerobi riesce sterile.

Non si riesce a mettere in evidenza spirocheti nel sangue, nè si riscontrano mai parassiti nei numerosi preparati di sangue colorato col May-Grünwald-Giemsa. La semina della orina, raccolta asetticamente in 11ª giornata, e del sedimento di essa in vari terreni non dà luogo a sviluppo di germi.

Le prove sierodiagnostiche, ripetute nel corso della malattia, riescono negative per il tifo, i paratifi e il melitense. Per il Proteus X^{19} invece si ha risultato positivo in 8ª giornata solo al titolo dell'1:100, in 16ª giornata all'1:100; 1:200, 1:300, 1:400, in 33ª giornata negativa.

La R. W. è negativa, e così la cutireazione con la tubercolina di Koch.

Una cavia iniettata intraperitonealmente con due cmc. di sangue prelevato in 7ª giornata non mostra risentire alcun disturbo.

La semina di siero-sangue, prelevato con l'abrasione e la spremitura delle papule, in 9ª giornata, dà risultato negativo.

L'esame istologico di sezioni di una papula, escissa in piena evoluzione in 6ª giornata di malattia e colorate con l'ematossilina ed eosina alcune, col Giemsa altre, dà il seguente reperto: Normale struttura della pelle nei suoi vari strati: lo strato epidermico presenta fra le lamelle cornee numerose emazie stravasate, tra le quali si riconoscono anche elementi bianchi, prevalentemente linfociti (emorragie intraepidermiche): non vi sono alterazioni del corpo mucoso di Malpighi, al di sotto del quale negli strati profondi del derma si riconosce intorno ad alcuni vasi sanguigni una infiltrazione parvicellulare a tipo linfocitoide a piccoli focolai, dove si riconoscono anche cellule plasmatiche. Non si riscontrano parassiti.

Diario. — La febbre si mantenne a tipo continuo con remittenze mattutine fino all'8ª giornata; da allora divenne intermittente con rialzi termici serotini, cadendo in 12ª giornata definitivamente.

La eruzione, mantenutasi sempre coi caratteri suddescritti, si andò attenuando in 11ª giornata per scomparire in 19ª-22ª.

Il numero dei leucociti si è sempre aggirato fra 7,500-9000. Per la formula si è notato come negli altri casi una progressiva notevole preponderanza delle forme mononucleari sui polinucleati col progredire della malattia, fino a raggiungere un minimo di 27 % polinucleati neutrofili di fronte a 46 % linfociti, con 2 % grandi mononucleari e 5 % eosinofili. Nella convalescenza in questo caso si è notata una lieve eosinofilia.

Tanto l'anamnesi, quanto il quadro clinico e il decorso dei casi surriferiti riproducono in modo perfetto la malattia dal prof. Carducci descritta, che è bene tenere sempre presente per porre subito la diagnosi dal punto di vista spcialmente prognostico e delle eventuali misure profilattiche che si potrebbe essere indotti a prendere se la si misconoscesse, confondendola con altre malattie che esse misure richiedono.

Infatti, oltre che con malattie esantematiche non pericolose per il contagio, si potrebbe scambiare con altre malattie pericolosissime, come un vaiolo nel suo esordio o un tifo esantematico. Particolari precisi e dettagliati sui caratteri differenziali si trovano nella pubblicazione del prof. Carducci e in quella del dott. Cesari.

Ma se il quadro clinico della malattia in discorso è ben definito, se la prognosi è pur essa sicura in quanto porta sempre il malato a guarigione, se il pericolo del contagio si può escludere in modo sicuro in quanto la trasmissione non si è mai verificata anche in persone che dormono nello stesso letto, altrettanto ci è oscura l'etiologia, la essenza vera del morbo.

Tutto ci fa credere che si tratti di una malattia infettiva, come il morbillo, la scarlattina, lo stesso tifo esantematico con cui ha più strette somiglianze, ma l'agente e il modo di contagio ci sfugge: a ciò, guidati da detti criteri, sono state dirette le nostre ricerche, ma fino ad ora infruttuosamente.

Invero nulla si è mai rsicontrato nel sangue nei ripetuti esami dei preparati colorati: le emocolture nei comuni terreni aerobi ed anaerobi sono riuscite negative: nelle orine non si sono trovati germi speciali, anche culturalmente: nelle eruzioni cutanee, che si presume siano determinate da azione locale del virus, non si sono trovati germi ed i terreni di cultura, seminati col siero-sangue da esse prelevato sono rimasti sterili. La prova biologica con l'iniezione di sangue nella cavia ha dato esito negativo.

L'esame istopatologico delle papule ha dimostrato trattarsi di una infiammazione di punti circoscritti della cute (emorragie intraepidermiche e piccoli focolai di infiltrazione parvicellulare raccolti intorno ai vasi) che risolvono senza lasciare alcuna traccia.

Le sierodiagnosi hanno valore in quanto ci hanno sempre fatto escludere altre malattie infettive (quali il tifo, i paratifi, la melitense) ad etiologia nota.

Nell'ultimo caso si è avuta positiva e si è assistito allo sviluppo ed alla scomparsa della sierodiagnosi per il Proteus X[19] (Weil-Felix); questa è stata positiva ad un titolo tale, quale non si era verificato che nel tifo esantematico. Da ciò, se il Proteus X[19] fosse stato dimostrato come l'agente specifico del tifo esantematico, come ad es. il bacillo di Ebert è per il tifo addominale, avremmo dovuto dedurre per la identificazione della « Febbre eruttiva » con una forma attenuata di tifo esantematico analoga alla così detta malattia di Brill, nello stesso modo che da una Widal positiva inferiamo trattarsi di tifo addominale anche in casi che clinicamente decorrono in modo anomalo.

Ma, ritenendosi invece il contrario, che cioè il Proteus X[19] non abbia nulla a che fare col tifo esantematico e che in questo la sierodiagnosi con il tale germe si abbia positiva per cause ignote, che i bacteriologi hanno cercato di spiegare con varie ipotesi, può darsi che in alcuni casi della malattia del Carducci si realizzino le stesse condizioni biochimiche che determinano la reazione nel dermotifo e quindi da questa circostanza possiamo solo dedurre, se si verificasse ancora in altri casi, che ci verrebbe a mancare un dato differenziale di laboratorio, ritenuto fino ad ora importante per distinguere la « Febbre eruttiva » dal tifo esantematico e specialmente dalla forma attenuata di questo che va sotto il nome di malattia di Brill e con la quale, come è detto, la prima ha maggiori somiglianze.

L'esame del sangue, non dimostrando nulla di caratteristico per la serie rossa, ha qualche particolarità degna di rilievo per la serie bianca. Non vi si trovano, infatti, nè leucocitosi, nè leucopenia; non assenza di eosinofili, nè eosinofilia: per ciò che riguarda la formula, col processo di guarigione, coincide una progressiva prevalenza delle forme mononucleate, specie linfociti, fino all'inversione della formula, dal che si deduce che l'organismo reagisce con la produzione e l'immissione in circolo di tali cellule, che accorrono anche nei focolai di

infiltrazione delle papule cutanee, dei quali sono i principali costituenti.

Concludiamo che bisogna seguitare ancora nello studio di questi malati, sperando che la tecnica bacteriologica, sempre più perfezionandosi, ci dia la chiave per scoprire l'agente di questa interessante forma morbosa fino ad ora, come tante altre, avvolta nel mistero.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sezione Dermosifilopatica
degli Spedali Civili di Genova
diretta dal prof. F. Sprecher.

Osservazioni sulla ricerca del Treponema pallidum mediante la puntura delle linfoglandole e dei tessuti.

Dott. G. B. Podestà, assistente volontario.

La ricerca del treponema pall., che pure è talvolta di importanza capitale, non sempre riesce agevole e, nonostante il numero svariatissimo di metodi che si preconizzarono, dopo il primitivo del Giemsa, non è del tutto eccezionale il caso che riesca infruttuosa anche in sifilomi iniziali tipici, nel quale la diagnosi si impone già pel rilievo dei caratteri clinici.

Nei casi dubbi, poi, quando è necessaria una diagnosi precoce per poter tentare subito la così detta terapia abortiva, il reperto positivo del treponema costituirebbe un elemento prezioso, non potendo l'esame serologico svelarci nulla prima di un periodo di tempo abbastanza lungo.

Per contro il reperto negativo nulla significa, appunto perchè il treponema non si riesce a mettere in evidenza colla stessa facilità e nella stessa proporzione, ad es., del gonococco.

È perciò che oltre ad accorgimenti di tecnica nell'allestimento del preparato, sono stati suggeriti dei metodi per riuscire a depistare il treponema nei casi in cui non si riuscisse ad isolarlo nelle lesioni aperte.

Da Hoffmann fu proposta la puntura delle ghiandole linfatiche prossimiori al sospetto sifiloma e da altri AA., tale metodo fu dichiarato ottimo, ciò che, date le frequenti disillusioni fornitemi da esami al paraboloide e con strisci diversamente colorati di sierosità di ulceri, mi ha indotto ad applicarlo sistematicamente in un certo numero di casi.

Ricordo brevemente le modalità della tecnica.

Tra le ghiandole infiltrate occorre scegliere quelle che hanno caratteri più spiccatamente sifilitici, ossia devono essere dure, indolenti, mobili, e possibilmente di un discreto volume. Quindi, previa disinfezione della parte con tintura di jodio, con una siringa Pravaz a tenuta perfetta e con ago piuttosto di grosso calibro, si punge il polo anteriore della ghiandola che è tenuta ben fissa tra il pollice e l'indice della mano sinistra. Si ha una sensazione netta quando dalla zona corticale della ghiandola si penetra nella parte centrale. Dopo un po' di impastamento della ghiandola tra le dita, si procede lentamente all'aspirazione cercando di muovere il meno possibile l'ago, per non avere sangue mescolato al siero. Oltre alla sierosità generalmente si estraggono anche delle particelle di tessuto ghiandolare sotto forma di piccoli gruni biancastri che rimangono nell'ago e che poi si frantumano facilmente nella goccia di soluzione fisiologica, preparata sul vetrino portaoggetti.

L'osservazione da me venne fatta nella maggior parte dei casi coll'ultramicroscopio e talvolta cercai di agevolare la ricerca mettendo il materiale d'osservazione, anzichè in soluzione fisiologica, in acqua distillata; affine di emolizzare i globuli rossi che disturbano un poco la netta visione degli spirocheti. Nei casi la cui ricerca col paraboloide era negativa, procedevo a strisci che coloravo col metodo di Fontana o con quello del Burri.

Ho così praticato le mie ricerche in 52 sifilitici trovantisi nel cosidetto periodo di seconda incubazione e son potuto riuscire a mettere in evidenza il treponema contemporaneamente nel sifiloma iniziale e nell'adenopatia satellite in 10 casi, mentre ebbi reperto positivo esclusivamente nell'adenopatia e negativo nel sifiloma in 11 malati, vale a dire che ebbi una percentuale un po' superiore al 40 %, complessivamente, di esami probativi.

Tale percentuale però aumenta se si detraggono 5 pazienti nei quali era già stata iniziata la cura antiluetica, la quale può avere esplicato la sua azione sterilizzante non solo sulla lesione iniziale, ma altresì sulle ghiandole linfatiche prossimiori. Due di essi avevano fatto un'iniezione di neosalvarsan da ctgr. 30, un altro aveva fatto due iniezioni di calomelano da 5 ctgr. ed infine ad altri due erano state praticate 4 iniezioni di salicilato di Hg. da ctgr. 10.

Devo poi far osservare che in 7 casi l'adenite era accompagnata da fatti di periadenite e colla puntura, invece di ottenere la sierosità abituale, si estraeva un liquido siero-purulento, torbidiccio. In tutti questi casi, pur rinvenendo il treponema nel sifiloma, ebbi sempre reperto negativo colla puntura della linfoglandola, sebbene lo abbia ripetuto parecchie volte e con metodi diversi.

In tal caso, inoltre, in cui non era riuscito a trovare il treponema coll'esame dell'essudato del sifiloma, praticando la puntura dei tessuti immediatamente sottostante alla lesione ulcerativa, son riuscito ad emettere in evidenza lo spirocheta. Ha a questo proposito speciale interesse il caso di un individuo che da circa 20 giorni presentava un prepuzio duro, di colorito violaceo, fimotico ed edematoso. Il sospetto che esistesse un sifiloma iniziale del foglietto interno del prepuzio fu confermato dall'esame della sierosità ottenuta colla puntura del tessuto edematoso che svelò il treponema.

Una considerazione mi resta a fare sulle percentuali date da altri osservatori che adoperarono la puntura delle ghiandole linfatiche nella ricerca del treponema.

Esse sono state tutte superiori a quella da me precedentemente riferita e che ottenni con esami scrupolosi e ripetuti.

I risultati altrui, sebbene elevati, sono tuttavia assai discordanti. Così Droop ha il 76 %, Fruwhald l'83 %, Ziegler l'84.2 %, Quattrini l'88 %, l'Habermann e Mauslagers il 90 % ed infine il Tilling che dà un valore quasi assoluto colla sua percentuale del 96 %.

Questo fa pensare o a differenza di tecnica, ciò che mi pare un po' improbabile, avendo io cercato di seguire impeccabilmente quanto era stato suggerito in proposito ed avendo eseguito successivamente la ricerca e col paraboloide e con strisci colorati, oppure che entrino in giuoco altri fattori, sinora non esattamente apprezzabili, i quali possano influenzare la presenza del treponema nelle glandole linfatiche. In ogni modo, se la ricerca del treponema mediante la puntura delle linfoglandole e dei tessuti non sia da ritenersi come il metodo di elezione, devesi ammettere che riesce tuttavia un ausilio preziosissimo in casi dubbi, tanto più quando si pensi che in caso di reperto positivo non sussiste più alcun elemento di incertezza, non dovendosi neppur prendere in considerazione la diagnosi differenziale con altri spirocheti, come succede coll'esame di lesioni sospette aperte.

BIBLIOGRAFIA.

HABERMANN e MAUSLAGERS. D. M. W., 1919.
FRÜWALD. Wiener K. W., 1920.
DROOP. Derm. Zeit., 1921.
TILLING. Derm. W., 1920.
ZIEGLER. Med. Kl., 1921.
QUATTRINI. Bol. Società Medica, Pavia 1922.
GOUGEROT. Annales M. Vénériennes, 1922.
THIBIERGE, RAVAUT. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 1906.
LEVADITI, QUEYRAT. Ibidem, 1906.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

I sintomi mentali nelle malattie somatiche.

(M. GRAIG. *The Lancet*, 4 novembre 1922).

Non è dubbio che le malattie somatiche hanno una risonanza nello stato mentale, e che rispettivamente tutti i disordini psichici sono accompagnati da modificazioni nelle funzioni corporee. Le strette relazioni ed interdipendenze fra i varî sistemi dell'organismo sono stati riconosciuti da tempo, ma esse sono state confermate e meglio definite in occasione degli studi sul sistema nervoso vegetativo.

Poichè la sensazione è il più elementare dei processi coscienti, e poichè sulla sensazione è essenzialmente basata la conoscenza di noi stessi, la sua alterazione comunque prodottasi deve necessariamente dar luogo a disturbi mentali. Un'alterazione sensitiva improvvisa e forte produrrà notevoli disturbi psichici, ma non è men vero che l'alterazione stessa subacuta e persistente si riflette definitivamente sullo stato mentale del paziente. Ogni organo, ogni tessuto è rappresentato nel campo della coscienza, ma gli stimoli da essi provenienti diventano coscienti solo quando raggiungono una certa intensità.

Il dolore dal punto di vista filosofico è considerato come un avvertimento e quindi come un fenomeno di difesa. Ma in effetti non sempre questa concezione risponde a realtà; il dolore può essere di per sè stesso un fatto nocivo per la sproporzione fra la sua intensità e il danno effettivo, per la sua persistenza dopo la cessazione della causa che l'ha prodotto. D'altra parte il dolore suscita le stesse modificazioni fisiche che sono concomitanti delle emozioni, e l'energia che deve essere spesa per mobilizzare le stesse forze organiche conduce all'esaurimento, che talvolta si estrinseca con sintomi somatici, tal'altra con alterazioni psichiche.

Come il dolore fisico anche le emozioni possono essere causa di perturbamento della salute fisica e mentale: emozioni improvvise o molto intense possono perturbare completamente l'equilibrio organico e spirituale, dando luogo a disturbi di varia forma e di varia durata.

Ognuno reagisce in modo particolare alle eccitazioni emotive, e talvolta uno stimolo emotivo esterno, come quello derivante dall'ascoltare una cattiva notizia, sviluppa la sua piena capacità solo quando è stata rinforzata da emozioni interne. Se, ad esempio, ad un

individuo si son date cattive notizie sul suo stato di salute; o come tali egli ha interpretato alcuni gesti o l'espressione del medico, si ha un'emozione, che, abbassando il potere di controllo dell'intelligenza, tende a determinare uno stato neurastenico, che a sua volta diminuisce il potere di adattamento del paziente. In qualche caso l'affezione può essere complessa, ma in altri i disordini neurastenici riguardano soltanto la funzione di qualche organo. Alcuni avranno preoccupazione per lo stato del cuore, altri per lo stato dei polmoni, avvertendo sintomi che convalidano la loro preoccupazione; o questo stato può persistere anche molto tempo dopo che il fatto emotivo che l'ha provocato, è scomparso ed anche dopo che il paziente ha riacquistato il suo primo controllo intellettuale.

Il numero delle persone che decade nella salute dopo un'operazione chirurgica è più grande di quel che comunemente si crede; parecchi anzi deperiscono in seguito allo shock emotivo provocato dall'annunzio della necessità dell'operazione. L'emozione induce preoccupazione, e questa determina insonnia con il conseguente esaurimento fisico e mentale. Crile e Lower ritengono che lo shock chirurgico è uno stato di esaurimento che provoca alterazioni nelle cellule del cervello, del fegato e delle surrenali. Ma in effetti lo shock emotivo e quello prodotto da altre cause sono simili, praticamente hanno fenomeni clinici identici, ed è difficile dire se ed in quanto i disturbi nervosi e psichici post-operativi debbano mettersi in conto dell'emozione o del trauma chirurgico. Quel che è certo che prima e dopo l'operazione conviene evitare al paziente ogni emozione e ogni altra causa di esaurimento come potrebbero essere i forti purganti e la mancanza di sonno, che deve pertanto essere attentamente sorvegliato.

Al riguardo si deve rilevare che può riuscire perniciosa l'esitanza dei medici a somministrare ipnotici. In effetti nulla è più riparatore del sonno, ed il medico non deve esitare a ridarlo al paziente con ogni mezzo. I pericoli degli ipnotici, quando questi siano sapientemente amministrati, sono più immaginari che reali. Ad ogni modo i danni dell'insonnia sono sempre superiori a quelli eventuali degli ipnotici.

I disturbi somatici e lo stato psichico dei pazienti si influenzano reciprocamente. Allo stato di salute non si ha alcuna sensazione cosciente dell'organismo e del suo lavorio fisiologico, ma in condizioni patologiche si hanno sensazioni più o meno moleste e di varia intensità, alle quali in genere il paziente dà un'interpretazione pessimistica. Si ha così uno stato emotivo, che rinforza la sensazione abnorme, e ne aggrava la importanza.

Head, che ha messo in evidenza il meccanismo di produzione dei dolori viscerali e delle rispettive sensazioni riflesse, osserva che la intensità di essi è in rapporto a peculiari condizioni dell'umore e che d'altra parte in alcuni individui malattie somatiche possono dar luogo ad allucinazioni visive, uditive ed olfattive.

Le allucinazioni visive possono costituire il sintoma preminente di stati tossiemici, ed in questi casi possono essere accompagnate anche da confusione mentale e delirio. Al riguardo la diagnosi ha molta importanza prognostica, perchè si tratta di condizioni transitorie, e che generalmente svaniscono quando scompare la tossiemia.

Nelle malattie somatiche i movimenti, gli atteggiamenti, la mimica del paziente, e che sono un riflesso del suo stato mentale, hanno un'importanza diagnostica non trascurabile che non sfugge ai medici sperimentati. Anche la condotta può essere più o meno persistentemente alterata; nelle varie forme di cardiopatia, nel polso di esoftalmico possono verificarsi modificazioni del carattere e quindi del contegno, che talvolta costituisce il fatto che più richiama l'attenzione dei familiari.

I disordini del sistema endocrino sono gli esempi più evidenti delle strette relazioni fra mente e corpo. I disturbi possono iniziarsi tanto nel campo psichico che in quello somatico. La eccitazione del sistema nervoso simpatico e dei suoi coadiutori, la tiroide e le surrennali, determina una mobilizzazione ed un rapido consumo delle riserve e per un certo tempo una esaltazione di tutti i processi vitali. Prende il sopravvento l'azione katabolica in primo tempo accompagnata da una sensazione di benessere ed anche di eccitazione. Ma presto o tardi segue l'esaurimento con tutti i concomitanti psichici e fisici. Ordinariamente questa successione di fatti si verifica dopo le operazioni chirurgiche: a parte lo shock emotivo determinato dall'annunzio della necessità dell'operazione e dalle preoccupazioni ad essa inerenti, si ha per l'atto operativo stesso un'eccitazione grave del simpatico con il consecutivo esaurimento. Il paziente di solito non viene avvertito di tali conseguenze, vien presto dimesso, ritorna alle sue occupazioni prima del completo ritorno all'equilibrio e così cade in uno stato di depressione.

La reazione mentale alle malattie è schietta-

mente individuale. Solo nei bambini tale reazione è presso che uniforme perchè la loro mentalità non ancora influenzata dall'esperienza e dall'ambiente non ha acquistato caratteristiche individuali. Non vi sono in genere quadri sintomatici mentali corrispondenti alle singole malattie organiche: il genere e la intensità della reazione mentale più che in rapporto alla malattia somatica è in rapporto alla costituzione psichica dell'individuo, costituzione che, oltre che dall'ereditarietà, è influenzata dalle abitudini e dall'educazione. La igiene dovrà quindi comprendere un nuovo capitolo, la igiene mentale: questa igiene deve essere fatta di educazione. Occorre irrobustire l'animo perchè sia meno sensibile alle variazioni emotive, alle sensazioni organiche meno incline alla preoccupazione ed alla paura esagerata delle malattie.

dr.

MEDICINA.

I bisogni calorifici ed energetici dell'uomo.

(A. GIGON. *La Presse médicale*, n. 74, 1922).

Conformemente ai dati della termochimica, si valutano i bisogni alimentari in calorie: circa 3000 per 70 kg. Si tratta di un valore fisiologico che ha la sua importanza clinica. È questa la razione normale, o, come suol dirsi, corrente, o di mantenimento. « Ceteris paribus », si chiama reazione insufficiente, quella il cui valore quantitativo è inferiore alle 3000 calorie, ed esagerata se le 3000 calorie sono sorpassate sensibilmente: la prima può condurre ad un dimagrimento lentamente progressivo, ad uno stato di ipoalimentazione dell'organismo che sarà reso meno resistente e meno atto al lavoro, la seconda porterà all'ingrassamento, all'obesità, alla pletora, ecc. Nella razione normale distinguiamo la razione « di fondo », per l'uomo immobile, vestito, digiuno, di circa 1500 calorie; la razione minima « igienica », indispensabile al lavoratore sano, di circa 2000 calorie; la razione « optimum » contenente un eccesso di alimenti che possono fornire riserve stabili all'organismo.

La clinica ci insegna che numerosi malati aumentano di peso con la razione fisiologica normale ed anche con la razione insufficiente, mentre altri con una razione « esagerata » dimagrano ed indeboliscono: ciò vuol dire che la razione fisiologica normale non è la razione di mantenimento di numerosi malati. Se vogliamo quindi fare della buona dietetica dobbiamo partire dalla razione di mantenimento del malato. Oltre alla razione di mantenimento, abbiamo la razione a bilancio positivo, od il regime di sovralimentazione che può essere inferiore alla razione fisiologica normale, la razione a bilancio negativo od il regime di ipoalimentazione, che può in alcuni casi sorpassare la razione corrente. Un individuo normale consuma 3000 calorie; lo stesso individuo cade malato: la sua razione di mantenimento è di 4000 calorie. Viene colpito da un'altra malattia, la sua razione cade a 1500 calorie. Come si spiegano questi fatti?

Casi nei quali la razione di mantenimento sembra essere od è, più elevata della razione fisiologica normale:

1° Alcuni disturbi dell'apparato digestivo possono aumentare apparentemente la razione normale. Un itterico prenderà spontaneamente 4000-5000 calorie e dimagrirà rapidamente. Il medico sopprime i grassi; con 2500-3000 calorie, il p. aumenterà di peso, o per lo meno non dimagrirà. La ragione è chiara.

2° Ci possono essere individui con funzioni digestive normali, nei quali la razione di mantenimento sorpassa la razione corrente. Anche qui, come nel precedente caso, l'esagerazione può essere dovuta ad una alimentazione che qualitativamente, e perciò quantitativamente, non è adeguata ai bisogni stessi dell'organismo.

3° Un'ultima categoria di malati presenta una razione di mantenimento superiore alla razione corrente; in essi è impossibile abbassare quantitativamente la razione di mantenimento, anche con prescrizioni qualitative esatte, senza nuocere all'individuo. Con 4-5000 calorie dimagriscono. Casi estremi di questo genere si trovano in individui con affezioni del sistema nervoso centrale.

Casi nei quali la razione di mantenimento sembra essere, od è inferiore alla razione fisiologica normale:

1° Potrebbe sembrare che una troppo buona assimilazione di sostanze nutritive possa essere capace di diminuire la razione di mantenimento dell'individuo. Tale ipotesi è lungi dall'essere dimostrata; un riassorbimento intestinale completo è lontano dal significare riassorbimento utilizzabile per l'organismo.

2° Al contrario vi è diminuzione della razione di mantenimento negli individui sottoposti ad una ipoalimentazione di durata più o meno lunga. La guerra ci ha permesso di studiare la questione. Allorchè un individuo sano, in equilibrio fisiologico, diminuisce la sua razione giornaliera, il suo organismo è in deficit, perde albumina, grasso, peso. Dopo un certo numero di giorni, l'equilibrio è ristabilito: l'individuo ha acquistato la sua razione di mantenimento, per mezzo della quale egli è

in perfetto equilibrio. L'individuo in tale stato è capace di una certa somma di lavoro: non è un malato, ma un individuo la cui resistenza alle malattie è diminuita. Si giunge ad aumentare la razione di mantenimento, vi è prima sovralimentazione, finchè la razione fisiologica normale corrisponde alla razione di mantenimento. Anche qui è interessante constatare che è alla qualità degli alimenti che bisogna badare: il sistema regolatore fisiologico provvederà al resto.

3° Infine, vi sono individui nei quali la razione di mantenimento è di fatto inferiore alla normale razione fisiologica. Se in questo caso voi aumentate quantitativamente la razione di mantenimento, non si verificherà sovralimentazione, e spesso nemmeno equilibrio, ma al contrario si provocherà un deficit generale o parziale, ed una diminuzione di peso. Numerosi diabetici si trovano in queste condizioni, e così numerosi individui obesi, affetti da malattie nervose. In tutti questi malati il trattamento dietetico unicamente quantitativo o termodinamico, è fin dall'inizio condannato all'impotenza e non può riuscire che nocivo.

Se cerchiamo spiegare i fatti citati nel n. 3, possiamo credere che allorchè la razione di mantenimento sorpassa non solo in apparenza, ma in fatto la razione fisiologica normale, si ha una esagerazione patologica delle combustioni nell'organismo, dovuta o ad un disturbo delle ghiandole a secrezione interna (Basedow), o dei centri nervosi. Allorchè la razione di mantenimento è inferiore alla norma, vi è economia esagerata di calorie: l'organismo impiega per lo stesso lavoro, una quantità minore di calore. L'A. ammette che in certi casi vi è aumento patologico delle combustioni dell'organismo, aumento che può aver luogo senza febbre, ma nega che un'affezione qualsiasi possa dar luogo, sia essa un diabete, un'obesità, una malattia delle ghiandole endocrine o del sistema nervoso, ad un miglioramento delle condizioni di lavoro dell'organismo. Ora è fuor di dubbio che individui malati producono durante un certo tempo un lavoro esterno identico a quello di individui sani, consumando un minimo numero di calorie. Se queste premesse sono esatte bisogna concludere che la valutazione del lavoro dell'organismo in calorie è falsa, e non in tutti i casi, per lo meno in numerosi, conduce ad erronee conclusioni. La macchina animale non è comparabile alla macchina a vapore: questa trasforma l'energia chimica in calore ed il calore in energia meccanica. Il motore umano trasforma direttamente la energia chimica in meccanica, senza l'intermediario disastroso dell'energia calorifica. Possiamo avere produzione di energia meccanica senza produzione proporzionata di calore. Ammesso ciò, dobbiamo ammettere che l'organismo può, trasformando dell'energia chimica superiore in energia chimica inferiore, compiere numerosi lavori non solo meccanici o fisici, ma anche psichici. Il lavoro intellettuale avrà la sua ripercussione oltre che nel cervello anche nel resto dell'organismo.

La spiegazione dei fatti suesposti potrebbe essere la seguente: nei casi in cui la razione di mantenimento è superiore alla razione normale fisiologica, vi deve essere una degradazione più rapida dell'energia. Cioè per uno stesso lavoro è degradata in energia calorifica (energia inferiore) una più grande quantità di energia chimica. Allorchè la razione di mantenimento è inferiore alla normale fisiologica, bisogna considerare in quest'ultima esistere sempre un certo superfluo destinato alle riserve dell'organismo.

È plausibile ammettere che l'organismo malato tende a restringere il più possibile l'energia inferiore per poter mantenere in equilibrio i suoi bisogni di energia superiore. È evidente che per il lavoro dell'organismo, la riserva di energia superiore e la diminuzione massima di energia inferiore, saranno il miglior mezzo per compensare l'effetto della malattia. L'organismo cioè, allorchè per una ipoalimentazione o per disturbi nutritivi non può consumare la sua razione alimentare normale, si sforzerà di impiegare la sua razione di mantenimento più per fornire dell'energia chimica o superiore che per fornire dell'energia calorifica.

Questo non significa che l'organismo malato lavora più economicamente del sano: quest'ultimo ha la stessa capacità di trasformazione dell'energia superiore in una energia equivalente e l'impiega allo stesso grado, forse in un grado superiore, ma possiede in più la facoltà di impiegare utilmente energia di ordine inferiore. L'organismo malato può essere in deficit di energia libera senza che la calorimetria sia capace di farcela scoprire. D'altra parte l'esperienza clinica dimostra che l'organismo impiega tutt'altro che l'apporto calorifico degli alimenti: non vi è nessuna malattia che possa essere trattata con modificazioni semplicemente quantitative, termodinamiche degli alimenti.

La prima virtù dell'alimento risiede nella qualità; non si tratta solo di valori di albumine, grassi, idrati di carbonio, la differenziazione deve andare oltre, tenendo presente che le singole qualità specifiche non sono certo date dalla presenza di vitamine. Lo studio delle vitamine, come lo studio della calorimetria non ci rende conto sufficientemente di tutte

le trasformazioni di energia che si producono nel sano e nel malato: è perciò che lo studio di tale questione appena oggi abbozzato deve essere completato.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Tumori del testicolo.

(TANNER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, novembre 1922).

Riferisce le conclusioni tratte dallo studio di 101 tumori del testicolo di cui 50 appartenevano alla clinica Mayo e gli altri a vari Ospedali del Minnesota e di Chicago.

97 erano maligni e 4 benigni (dermoidi), e fra i 97 maligni l'A. comprende 35 tumori a tipo misto mentre gli altri 62 erano epiteliomi che egli dice a tipo midollare. I primi naturalmente contenevano vari tessuti, fra i quali il più comune era il cartilagineo presente in 17 casi. Gli epiteliomi midollari si presentavano come tumori sviluppati nello spessore dell'organo, solidi, senza cavità cistica, che avevano disteso uniformemente l'albuginea, di colore roseo giallognolo, di consistenza per lo più maggiore di quella del tessuto testicolare normale; con qua e là delle zone di degenerazione che ricordano la tubercolosi e spesso con focolai emorragici: microscopicamente appaiono costituiti da cellule grandi, rotonde o poliedriche, con grosso nucleo e scarso protoplasma. A tale proposito l'A. fa notare come i veri sarcomi del testicolo, che un tempo si credevano frequentissimi perchè con tal nome si designavano questi tumori epiteliali, sono invece rarissimi. Le dermoidi avevano la struttura consueta. Fra i casi da lui studiati l'A. non ha trovato nessun corio-epitelioma, varietà che è stata osservata da altri.

I tumori del testicolo sono piuttosto rari e se ne osservano circa uno ogni 2000 uomini degenti negli ospedali. Si può dire che praticamente è sempre unilaterale; i casi bilaterali sono estremamente rari e sempre secondari a localizzazioni unilaterali.

Il trauma locale era ricordato da 22 degli infermi osservati dall'autore. 74 tumori si erano sviluppati fra i 18 e i 40 anni; uno solo prima dei 18 anni e gli altri dopo i 40 anni.

Secondo l'Autore, che trae la seguente deduzione dai casi da lui studiati e da altri esistenti nella letteratura, il testicolo ritenuto nella cavità addominale è relativamente immune dallo sviluppo dei tumori maligni; quello contenuto nel canale inguinale vi è più esposto di quello disceso nello scroto.

In quanto alla sintomatologia l'A. ha trovato che per lo più l'infermo si lamenta soltanto di avere una tumefazione a carico del testicolo talvolta indolente, talvolta dolorosa (52 %). La tumefazione è pesante e dura; il cordone spesso aumentato di spessore per la maggiore quantità di sangue che deve affluire all'organo malato; spesso v'è un idrocele sintomatico. L'A. ricorda la difficoltà di diagnosi che talvolta si presenta fra neoplasma del testicolo e pachivaginalite emorragica, ed accenna a tale proposito all'importanza della palpazione della vaginale e dell'epididimo che si possono sentire fra le dita quando si tratta di neoplasma.

In quanto alla prognosi l'A. dice che pochi tumori hanno una prognosi peggiore di quella del testicolo. Egli ha potuto raccogliere dalla letteratura, compresi i suoi, 465 casi che sono stati seguiti dopo l'operazione: orbene 377 ossia l'81 % erano morti e soltanto 25 ossia il 5 ½ stavano bene 4 anni o più dopo l'operazione.

L'A. ritiene che i più maligni sieno i tumori a tipo misto, perchè questi, contrariamente a quanto avviene in altre sedi, cambiano rapidamente di struttura: dei 22 casi compresi nella serie da lui studiata soltanto 2 stavano bene 3 anni o più dopo l'operazione e 19 erano morti. Gli epiteliomi evolvono molto lentamente e di 39 casi 16 erano vivi 4 anni o più dopo l'operazione.

La prognosi è molto migliore nei casi di tumori piccoli che non hanno invaso l'epididimo o il cordone.

I neoplasmi dei testicoli ritenuti nella cavità addominale sono più maligni perchè lo infermo se ne avvede più tardi e perchè possono dare complicazioni.

Le dermoidi sono benigne, ma possono anch'esse metaplasizzarsi in tumori maligni.

Nei 34 infermi affetti da tumore misto fu sempre praticata la castrazione: e di questi uno solo sopravviveva dopo 9 anni, uno dopo 7 anni e mezzo: ed altri 4 sopravviventi sono stati operati da pochi mesi: gli altri 19 sono tutti morti: 10 pochi mesi dopo; 9 dopo 1-4 anni.

Dei 62 infermi con epitelioma 54 furono sottoposti alla castrazione: 23 erano morti prima dei 4 anni dopo l'operazione; 31 sopravvivevano; 15 operati da meno di 4 anni.

17 pazienti furono sottoposti dopo la castrazione al trattamento di raggi X, 3 di raggi X e di radium, 1 di radium: di questi 11 pazienti 5 sono morti: degli altri 6 sopravviventi uno soltanto è vivo dopo 4 anni.

Nessuno dei pazienti osservati dall'A. era stato operato oltre che di castrazione anche dell'asportazione delle glandole linfatiche alla Cuneo.

DOMINICI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. A. CORSINI. *Medici ciarlatani e ciarlatani medici.*

Sotto questo titolo il prof. A. Corsini, valente cultore degli studî storico-medici, ha di recente pubblicato un volumetto che gli fa onore e che, mentre porta un utile contributo alla storia dell'esercizio professionale, sa mescere — in obbedienza al precetto oraziano — l'utile al dilettevole, riuscendo, oltre che un libro istruttivo, uno scritto di lettura piacevolissima. E doppiamente commendevole è il lavoro del Corsini in quanto, oltre ai pregi anzidetti, esso racchiude in sè un valore morale non piccolo, toccandovisi a più riprese della disonestà con cui pur oggi si esercita da molti medici una professione, che dovrebb'essere nobilissima tra le più nobili, e portandosi così dall'autore un contributo a quella ricostruzione morale, che, iniziata per opera dei giovani, è pur sempre troppo lontana da quel minimum desiderabile, che forse sarà dato un giorno di raggiungere.

Riassumere è difficile e non utile. Basterà invece accennare che alla trattazione del ciarlatanismo presso gli antichi e nell'evo di mezzo (nella quale trattazione è interessante, tra altro, la storia della famosa triaca e del curioso cerimoniale con che in Venezia si procedeva alla preparazione del medicamento) seguono ampie notizie intorno ad alcuni ciarlatani e medici vissuti tra il 1400 e il 1700, lumeggiando così l'autore di più viva luce quel periodo magnifico, in cui non sai se più ti allettino i costumi dei secoli della rinascenza, o ti interessi quel gonfio ma pur simpatico secolo XVII, che solo le menti piccole possono riassumere ed avvilire col troppo vago nome di barocchismo.

Pur nel secolo XVIII, in cui la medicina — già risorta sulle fondamenta poste dagli anatomici cinquecentisti e sulle scoperte biologiche del Redi e di altri grandi scienziàti del '600 — comincia ad acquistare col Lancisi e col Morgagni vero valore di scienza, il ciarlatanismo non diminuisce per nulla. E il Cagliostro e il Casanova e il Mesmer e Bonafede Vitali, come nel secolò successivo il Trentuno, il Bennati, il Tofani ed altri non pochi, dimostrano che la disonestà prevalse sempre sulla probità, come il bisogno di essere ingannati e mal trattati su quello del conoscere la verità e del cercare il vero bene. Nè oggi paiono mutate affatto le cose; oggi che le specialità — le noiose e ingannevoli specialità, che fomentano sempre più la dabbenaggine umana — vanno crescendo in modo così spaventoso, che non si comprende come provvide leggi non frenino — e potrebbero farlo — una piaga così cangrenosa, la quale minaccia di uccidere la sana medicina e sopra tutto la terapeutica. E invece la terapeutica — ormai divenuta pei sinceri e gli onesti disciplina o arte quasi noiosa a traverso gli inganni dei farmaci arcani e la mania commerciale di troppi medici e farmacisti bottegai — dovrebbe restare, com'ella è, santa cosa e tale da amministrarsi con saggia mente pure mani, come quella che può insieme ridonare la vita oppure, se male amministrata, troncarla o, ciò che è peggio, sciuparla.

Firenze, gennaio 1923.

Prof. dott. MASSIMILIANO CARDINI
libero docente di Storia delle scienze mediche
nella R. Università di Pisa.

G. COSCO e A. AGUZZI. *Studi sperimentali sull'afta epizootica.* Un vol. in-8° di 140 pag. Estratto dalla Rivista «La Clinica Veterinaria», anno 1922.

La Direzione generale della Sanità pubblica ha promosso una serie di studî sull'interessante problema dell'afta epizootica ed ha fondato in varie regioni del Regno Istituti di indagine sperimentale. Gli AA., incaricati dalla detta Direzione di controllare il metodo di vaccinazione proposto dal prof. Terni, hanno avuto occasione di compiere ricerche e di fare osservazioni, che gettano nuova luce nel campo tuttora oscuro dell'afta epizootica. Essi hanno così stabilito il tipo remittente, ad accessi quotidiani del processo febbrile aftoso, determinando inoltre le condizioni in cui si riscontra lo stato di virulenza del sangue nei malati d'afta. Fatto poi di grande interesse, hanno osservato l'*esistenza di elementi corpuscolari speciali* nelle emazie, nel plasma sanguigno, nella linfa delle manifestazioni eruttive; elementi che compaiono nelle emazie in coincidenza con la virulenza. Dal punto di vista pratico, gli AA. hanno assodato la possibilità di conferire un certo grado di resistenza al contagio, fino ad uno stato immunitario della durata di almeno tre mesi, mediante il trattamento endovenoso con i detti globuli.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 dicembre 1922.
Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

L'azione dei raggi Roentgen sui tessuti in rapporto al loro ricambio gassoso.

N. FICCALUGA. — L'O. svolge la sua comunicazione esponendo i risultati delle sue esperienze sul ricambio gassoso dei tessuti sotto l'azione dei raggi Roentgen.

Su la comunicazione prende la parola il professor GHILARDUCCI, che richiama l'attenzione su l'azione sclerogena dei raggi sui tumori e sulla dose di irradiazione cui debbono essere sottoposti. Ricorda come sin dal 1910 egli nell'adenite tubercolare dimostrò l'azione sclerogena dei raggi. Mostrò in altro lavoro come le colture di bacilli di Koch irradiate dessero luogo a tubercolosi fibrosa. Ricorda il suo metodo di irradiazione dei tumori ed i non pochi casi che sino ad oggi ha curato con esito almeno per il momento felice.

Sindromi rachitiche provocate con la irradiazione della ipofisi.

U. NUVOLI. — L'O. espone i risultati delle sue esperienze. In tutti i conigli nei quali ha proceduto alla irradiazione dell'ipofisi ha avuto una sindrome rachitica. Macroscopicamente ha ottenuto ingrossamenti epifisari (con produzione esuberante di sostanze osteoidi e aumento di spessore della cartilagine epifisaria). Tali ingrossamenti si sono iniziati sempre a carico delle articolazioni radiocarpiche, ad essi sono seguiti deformazione toraciche, rosario rachitico e infrazioni costali e incurvamenti rachidei. Microscopicamente si è notata una estrema irregolarità della linea di ossificazione encondrale, con una irregolare seriazione delle cellule cartilaginee, un notevole aumento di spessore della cartilagine epifisaria, una irregolarità estrema nella disposizione delle lamelle ossee neoformate le quali conservano i caratteri della sostanza osteoide.

Radiologicamente ha notato un atteggiamento a coppa dell'estremità distale dell'epifisi, che accoglie nella sua concavità la cartilagine epifisaria aumentata di volume, tale disposizione è caratteristica al rachitismo.

Studii sperimentali sulla jonoforesi.

G. MELDOLESI. — L'O. espone le esperienze eseguite giungendo alle seguenti conclusioni.

1) Tutti i tessuti, comprese le ossa, possono venire impregnati dai granuli argentici anche se la distanza fra i due elettrodi è considerevole.

2) Nei piccoli animali si è notato edema della cute, in corrispondenza del polo positivo e se l'applicazione è stata intensa, prolungata e fatta direttamente sul torace, focolai di polmonite catarrale con esito in sclerosi. Nessuna alterazione negli altri organi.

3) Nei piccoli animali (cavie, conigli) ha una contemporanea impregnazione totale di tutti gli organi e tessuti, comprese le ossa.

4) Nell'uomo non si sono notate alterazioni degne di rilievo se non edema transitorio.

5) La quantità di granuli argentici è molto superiore durante il passaggio della corrente che immediatamente dopo. Di qui per le applicazioni cliniche l'importanza quando si vogliono usare i granuli metallici come fonte di irradiazioni secondarie di praticare la irradiazione durante la jonoforesi.

Dimostrazione di casi di peritonite fetale.

P. GAIFAMI. — Presenta un feto settimestre espulso spontaneamente da una IIpara (il 22 dicembre 1922), ricoverata nella Clinica ostetrica per cospicuo poliamnios. Ascite fetale notevole. Morte dopo pochi minuti dalla nascita. All'autopsia segni di una peritonite fetale di lunga data, con aderenze fibrose attorno alla cistifellea, e perisplenite di grado rilevante; cieco, appendice e ultima parte dell'ileo conglobati fra loro e distesi abnormemente, circondati da *abbondanti concrezioni calcaree* che aderiscono alla parete addominale corrispondente; in questa massa viene a trovarsi incluso anche l'estremo ampollare della tromba destra e per la trazione derivatane l'utero è tutto stirato verso destra. Altre concrezioni calcaree sono sparse in varii tratti dell'addome.

Prendendo occasione da tale reperto, l'O. presenta altri tre pezzi anatomici pure riferentisi a casi di antica peritonite fetale, raccolti nella Clinica ostetrica di Roma dal 1909 in poi; sono tutti caratterizzati da deposizioni calcaree copiose. In uno, del 22 sett. 1886, è messa in speciale evidenza una lesione congenita genitale, derivante dal predominio dei fatti flogistici nello spazio vescico-uterino, con tenace aderenza dell'utero alla vescica per tutta la sua altezza.

E. GROSSI.

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 1° dicembre 1922.
(Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

E. BERTOLINI. — *Intorno all'uso del siero antitetanico* (relazione).

Seduta del 15 dicembre 1922.
(Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Sulla rigenerazione ossea
(con presentazione dell'operato).

B. ROSSI. — Riferisce sopra un caso di callo fibroso delle ossa dell'avambraccio in seguito a frattura riportata 7 anni fa. Era stato da lui operato dopo più di 5 anni di mancata consolidazione con sutura dei frammenti previa cruentazione. Ma dopo più di un anno e mezzo, malgrado il buon affrontamento dei frammenti non si aveva cenno a consolidazione. L'O. pensò allora di applicare il

metodo di tunnelizzazione granuleggiante permanente fra i frammenti da lui già descritto nella seduta del 26 aprile 1919 di questa Società. Dopo un mese e mezzo era ottenuta la guarigione ossea come si può constatare sul malato che presenta.

Massa di capelli nello stomaco di una tricofagica operata e guarita.

B. ROSSI. — Riferisce sopra un caso di corpo straniero nello stomaco (quasi tre ettogrammi di capelli) in una bambina di 11 anni, illustrandolo con considerazioni di ordine diagnostico.

Cisti del pancreas.

V. RONCHETTI. — Riferisce di un caso di cisti del pancreas da lui esattamente diagnosticato; accenna ai criteri diagnostici del fegato, del rene, della milza, ed alla possibilità che per le diagnosi non abbia valore assoluto la mancanza o presenza di fermenti triptici sia nelle feci sia nel liquido estratto dalle cisti stesse mediante punture esplorative. Riassume in una schematica classificazione le varie possibilità patogenetiche che possono condurre alla produzione di formazioni cistiche nel pancreas. Insiste sulla frequente concomitanza della colelitiasi e sulla possibile importanza sua come causa diretta della formazione di cisti del pancreas. Mette in luce come il risultato ottimo ottenuto coll'operazione sia attribuibile all'ardita tecnica adoperata (contro apertura lombare per evitare il ristagno e permettere il collabire delle pareti della cisti).

Evoluzione podalica spontanea di un feto a termine di 3200 gr.

G. DOSSENA. — L'O. riferisce su un caso di sua osservazione, ne illustra il meccanismo di parto espletatosi felicemente per le sole forze della natura, e conclude che gli eccezionali casi del genere, più unici che rari, non possono venir presi in alcuna considerazione per la terapia delle presentazioni trasverse, ma solo destare grande meraviglia per l'opera ingegnosa della natura.

Seduta del 5 gennaio 1923.

Presidenza: prof. V. RONCHETTI, vice-presidente.

La malaria autoctona in Milano nel periodo post-bellico.

P. POZZATO. — L'aumento di morbilità per malaria nell'immediato dopo guerra è un fatto notato non solo in Italia, ma anche presso altre nazioni belligeranti. In Italia non soltanto nelle zone rurali si è avuto un aumento di morbilità; in un grande centro industriale quale è Milano, la fine della guerra ha segnato il riapparire della malaria con una intensità non preveduta. Il numero dei malarici accolti nell'Ospedale Maggiore nel biennio 1919-1920 risulta in confronto col biennio 1914-1915 quadruplicato per gli uomini; più che sestuplicato per le donne. L'O., studiando l'anamnesi e le vicende domiciliari dei singoli malati, è giunto alla conclusione che ben 93 casi di malaria indubbiamente autoctoni si sono verificati in Milano città nel biennio 1919-1920. L'O. esorta i colleghi alla denuncia sistematica dei casi di malaria per dar modo agli uffici sanitari competenti di provvedere con cognizione di causa alla profilassi antimalarica.

Raggi X e Radium nella cura del carcinoma mammario.

F. PERUSSIA. — L'O., fondandosi sulla esperienza personale di una cinquantina di casi di carcinoma mammario da lui trattati nell'ultimo decennio coi raggi X e col radium, esprime le seguenti conclusioni: il cancro operabile della mammella conviene che sia operato radicalmente e quindi irradiato a scopo profilattico. È pure consigliabile la irradiazione preoperatoria, per diminuire le probabilità di disseminazione del processo cancerigno e di recidiva. Nel cancro inoperabile, raggi X e radium possono ancora riuscire di grande giovamento, se pure difficilmente possono dare la guarigione definitiva.

Si dimostrano particolarmente favorevoli per la radioterapia le recidive cutanee a piccoli nodi, disseminati per lo più lungo la cicatrice operatoria. Anche le metastasi ghiandolari ed a distanza possono essere influenzate dal trattamento radioterapico.

L'O. espone infine i criteri di tecnica che egli segue e che derivano da una razionale associazione dei raggi X, impiegati su larghe zone, col radium, usato specialmente in superficie sui singoli focolai cancerigni e nel contesto del tumore, a mezzo delle infissioni di aghi radiferi.

Contributo alla conoscenza dell'avvelenamento da dimetilsolfato.

L. PRETI. — Riferisce due casi di avvelenamento da dimetilsolfato ricoverati nella Clinica delle malattie professionali di Milano. L'azione del dimetilsolfato sull'organismo è triplice: caustica sui tegumenti qualora il liquido viene a contatto diretto con essi; irritante per tutte le mucose che vengono investite dai vapori; tossica quando viene assorbito con segni evidenti da parte del sistema cardiovascolare renale, del sangue, del ricambio.

L'indirizzo terapeutico è puramente sintomatico.

Un caso d'insufficienza delle valvole polmonari.

C. PEZZI e V. FORLÌ. — Gli OO. riportano l'osservazione di una paziente di 37 anni che ha sofferto il reumatismo articolare acuto nel 1918 e un nuovo attacco nel 1919. L'ammalata, oltre ai segni di una stenosi mitralica, presenta un soffio diastolico che gli OO. attribuiscono alla concomitanza di una insufficienza delle valvole polmonari. L'esame plessico e meglio ancora l'esame radioscopico fanno constatare un aumento notevole di volume del cuore esclusivamente a carico della metà destra. L'arco medio corrispondente all'arteria polmonare è dilatato in modo notevolissimo. Il tronco dell'arteria polmonare è aumentato di volume anche nelle varie posizioni oblique. Gli OO. ritengono che l'insufficienza polmonare non sia nè congenita, nè acquisita in seguito a endocardite, ma consecutiva

alla notevole ectasia del tronco polmonare. Escludono che questa dilatazione sia secondaria a una persistenza del condotto arterioso di Bottallo o un processo aneurismatico e ritengono più probabile che si tratti di una ectasia dovuta a una lesione ateromatosa del vaso, secondaria a sua volta alla stenosi mitralica. Fatti analoghi sono di più in più frequenti nella letteratura medica da alcuni anni a questa parte.

C. VALLARDI.

Reale Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 6 dicembre 1922.

Presidenza: prof. G. VINCI.

Sulle modificazioni della pressione del liquido c.-r. per soluzioni ipertoniche, in un caso di tumore centrale.

VINCI e CARBONARO. — Gli OO., riferiscono sopra un caso di tumore cerebrale (tubercolo) con vomito, accessi epilettoidi e cefalea intensissima che aveva resistito a tutti i mezzi ordinari.

La pressione del liquido c. r. misurata diverse volte coll'apparecchio del Claude oscillava tra 45 e 60. Con la puntura lombare, sottraendo 20-30 cmc. di liquido, la cefalea cedeva e l'ammalato aveva qualche ora di requie. Le iniezioni endovenose di soluzione concentrata di cloruro di sodio al 30 %, 10-15 cmc. per volta, facevano discendere la pressione del liquido c. r. al normale e anche al di sotto di questa e davano all'ammalato 6-8 ore di quiete. Ripetute le iniezioni, si avevano sempre gli stessi risultati. In modo analogo, ma meno intensamente, agivano le soluzioni ipertoniche di solfato di soda, iniettate nel retto.

U. LOMBROSO. — *Sul metabolismo dei grassi.* (Nota V).

Contributo alla fine struttura delle cellule delomorfe (con dimostrazione di preparati).

CIACCIO. — L'O. dopo avere accennato ai caratteri generali di queste cellule richiama l'attenzione sul fatto che i granuli in esse contenuti sono rivestiti da sostanze lipoidi.

Contributo alla fisiopatologia delle cellule delomorfe (con dimostrazione di preparati).

CIACCIO e MOTTA. — Gli OO. riferiscono sulle modificazioni strutturali a cui vanno incontro le cellule delomorfe in condizioni patologiche, provocate sperimentalmente.

Le alterazioni principali sono le seguenti:

1) diminuita colorabilità o incolorabilità dei granuli;

2) presenza di granulini lipoidi.

Contributo al metabolismo dei grassi in condizioni patologiche.

CIACCIO e MANTARRO. - Nota I. — Azioni sulle sostanze grasse del fegato sopravvivente di cani sottoposti ad intossicazione cronica con veleni steatogeni.

Istogenesi e meccanismo di formazione delle cellule giganti midollari.

G. DI GUGLIELMO. — L'O., in base a ricerche eseguite su midollo osseo di embrioni, di animali neonati e di animali adulti, arriva alle seguenti conclusioni:

1) in condizioni normali, nel midollo osseo di embrioni e di animali neonati si osservano numerose cellule istioidi che confluiscono e, fondendo i loro protoplasmi dànno luogo alla formazione dei policariociti; da questi, in seguito alla fusione dei nuclei, si originano i megacariociti;

2) nel midollo osseo normale di animali adulti, cellule istioidi prepolicariocitiche sono assenti, scarsi i policariociti, mentre assai numerosi sono i megacariociti;

3) policariocita e megacariocita non sono, quindi, due specie cellulari distinte, ma fasi evolutive diverse di uno stesso elemento cellulare; di queste quella policariocitica è la più immatura sia perchè la sua comparsa precede quella del megacariocita nella vita del midollo delle ossa, sia perchè la struttura dei suoi nuclei dimostra caratteri squisitamente giovanili, sia perchè soltanto in seguito alla fusione dei suoi nuclei si arriva alla formazione della voluminosa e polimorfa massa nucleare megacariocitica;

4) nell'adulto, soltanto in condizioni patologiche e propriamente quando il tessuto mieloide dimostra evidenti caratteri embrionali, si osserva il descritto meccanismo di formazione delle cellule giganti midollari.

E. REMOTTI. — *Funzione antixenica del liquido perivitellino in uova di Teleostei.*

Le reazioni al mastice ed al benzoino nel liquido cefalo-rachidiano.

P. MAGAUDDA. — L'O. comunica i risultati delle sue ricerche praticate sopra 63 liquidi cefalo-rachidiani, provenienti da ammalati dell'ambulatorio annesso alla clinica, con localizzazioni varie del sistema nervoso, e viene alle seguenti conclusioni:

Le reazioni colloidali al mastice ed al benzoino non hanno carattere di specificità per la lue nervosa.

Esse non sono atte a differenziare le varie forme di sifilide del sistema nervoso. Se la curva positiva (paralitica del Lange), si trova quasi sempre nei liquidi dei paralitici, spesso viene trovata anche in casi di altre localizzazioni della lue nervosa e perfino in casi in cui è da escludersi la lue.

I risultati della reazione al mastice corrispondono ad un dipresso a quelli della reazione al benzoino.

L'O. insiste sulla necessità che venga adottata una tecnica rigorosa, che vengano usate delle resine purissime per evitare le variazioni che in caso contrario verrebbero determinate nei risultati.

S. RACCHIUSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

RICAMBIO.

Tre errori di diagnosi determinati da accessi di gotta acuta.

Errando discitur! ed è bene approfittare degli errori degli altri per evitare i proprii.

L'A. (D. M., *Presse Médicale*, 30 dic. 1922) cita tre interessanti casi di accessi acuti di gotta che furono scambiati con banali forme suppurative. Il primo è il caso classico e tutt'altro che infrequente. In un P. si fa diagnosi di flemmone del piede destro. C'è febbre col suo solito corteggio sintomatico, il piede è tumefatto al centro, con pelle sottile (a buccia di cipolla), tesa, liscia, lucente, rosso-edematoso alla periferia. Dolorabilità massima e fluttuazione. Si incide e si cade sopra... un *tofo!*... Il P. era un etilico e un obeso.

Assai più interessanti gli altri due casi. L'A. aveva in cura una donna gottosa con eredità manifesta. Pochi giorni dopo aver domato con granuli di colchicina un tipico attacco gottoso, egli è chiamato d'urgenza a visitare l'inferma, mentre un chirurgo diagnosticato un flemmone dell'avambraccio si appressava a inciderlo. La parte è tumefatta, eritematosa, quasi flemmonosa, non linfangite, non gangli, febbre modica (38°.2), dolori meno atroci che nel flemmone, che si calmano al mattino: 3 granuli di colchicina *pro die* e applicazioni calde giustiziarono il... flemmone.

Un altra volta l'A. è chiamato d'urgenza presso una signorina affetta da una forma di gotta torpida. Gli si dice che un dolore intollerabile e un gonfiore impressionante si sono manifestati alla gamba sinistra della paziente. Il sanitario non potendola visitare per altri impegni, guidato dal ricordo dei casi precedenti, ordina un linimento laudanizzato e aspirina, insieme a dieta idrica con limonate. Due giorni dopo la P. lo va a trovare quasi guarita, nel suo studio. La caviglia è appena un po' arrossata e lievemente pastosa. *Meminisse juvabit.*

TONELLI.

Il diabete in rapporto con la sifilide.

Touflet (*Thèse de Paris*, 1922) considera i varii aspetti del problema sulle relazioni tra sifilide e diabete.

Vi possono essere due ordini di relazioni causali delle due malattie: la sifilide può determinare lesioni viscerali, epatiche, pancreatiche o ipofisarie capaci di produrre il diabete; la sifilide può determinare disturbi funzionali che sono la causa del diabete.

Per quel che riguarda il primo rapporto va ricordato che le lesioni sifilitiche del pancreas e del fegato sono molto rare all'autopsia dei diabetici. Il criterio anatomico sarebbe adunque contro questo rapporto, che per altro non sarebbe provato neppure dagli elementi statistici. Touflet dà la proporzione di 39 sifilitici su 500 diabetici.

Alcuni autori hanno ammesso il rapporto etiologico in seguito ai risultati terapeutici. Ma numerose osservazioni dimostrano che il trattamento antisifilitico riesce del tutto inefficace sui diabetici.

È stato anche affermato che molti sintomi e disturbi sopravvenuti nel diabete sono di natura sifilitica: abolizione del riflesso rotuleo, paralisi oculari, aortiti, angina di petto, ecc.

A parte il fatto che questi sintomi non sembrano tutti necessariamente legati alla sifilide, è da notare che la coesistenza in alcuni casi della sifilide non può fare ammettere senz'altro un rapporto causale.

La osservazione del diabete coniugale è stata anche invocata per sostenere la origine contagiosa, e quindi sifilitica. Ma è più facile che la origine dipenda dalle abitudini di eccessi alimentari.

Per altro alla teoria del diabete sifilitico si deve obbiettare la circostanza che i diabetici sono tutt'altro che refrattari alla sifilide.

Allo stato dei fatti si deve affermare che l'esistenza del diabete sifilitico non è dimostrata.

dr.

Emosiderosi generalizzate.

La sindrome dell'emasiderosi è caratterizzata dalla associazione di tre sintomi: diabete, cirrosi ipertrofica e pigmentazione bronzina dei tegumenti, ma qualcuno di tali elementi può anche mancare. W. Blanton e W. Healy (*Archives of Internal Medicine*, n. 3-4, 1922) dopo aver riportato quattro casi di loro osservazione, discutono la patogenesi tanto oscura di tale sindrome, senza arrecare alcun nuovo schiarimento e si attaccano alla teoria ematogena della siderosi, ritenendo che esiste in tali ammalati una sostanza tossica che lede nel fegato le emazie e le cellule parenchimali, risultandone una maggiore quantità di ferro in circolo, che si accumulerebbe nelle cellule alterate.

F. AMANTEA.

SISTEMA DIGERENTE.

Il cardiospasmo.

Tre possono essere le cause che si oppongono al passaggio del contenuto esofageo a livello del cardias: insufficienza ed atonia dell'esofago; spasmo del cardias; associazione dello spasmo del cardias ad insufficienza dell'esofago per lesioni del vago.

Pal (*Wiener medizin. Wochensc.*, 1922) ricorda che l'esistenza di lesioni del vago non è provata anatomicamente, come non è dimostrato il meccanismo fisiologico dell'apertura del cardias. Secondo Oparhowski ciò sarebbe dovuto all'eccitazione del vago, secondo Langley invece entrerebbe in campo il simpatico.

Lo spasmo cardiale primitivo dell'esofago, può essere acuto e passeggero e può allora accompagnarsi ad accidenti sincopali talora mortali per riflessi eccitatori del vago. Lo spasmo permanente segue spesso allo spasmo intermittente. La sua etiologia è complessa: lesioni di vicinanza, infezioni, intossicazioni, traumi, emozioni; è però al cancro dell'esofago, al cancro dello stomaco e, in special modo, all'ulcera dello stomaco anche localizzata a distanza dal cardias, che bisogna indirizzarci precipuamente.

Conseguenza abituale dello spasmo permanente è la dilatazione dell'esofago risultante non solo dal ristagno degli alimenti al disopra dello spasmo, ma anche dalle manovre di deglutizione che il malato utilizza per sorpassare l'ostacolo.

Per la diagnosi degli spasmi dell'esofago bisogna ricorrere specialmente alla radioscopia, al cateterismo, all'esofagoscopia.

A titolo diagnostico e terapeutico è utile l'impiego della papaverina, atropina, adrenalina; l'elemento spasmodico si attenua anche quando questo maschera una lesione organica, e come terapia può essere sufficiente nelle forme acute di cardiospasmo; nel cardiospasmo permanente è logico l'intervento chirurgico o la dilatazione.

MONTELEONE.

Colite cistica dissenterica

Il prof. Vanzetti (*Archivio per le Scienze mediche*, vol. XLV, n. 3) riferisce sul reperto anatomo-patologico di tre casi interessanti e rari di *colitis cystica*, notati fra molte autopsie di morti per dissenteria bacillare.

Il crasso, che è tumido e gonfio, nella superficie interna ha un aspetto gelatinoso, tremolante, per accumulo di muco vitreo: rimosso questo muco, la mucosa si mostra irregolarmente mammellonata, ricoperta da numerose vescicole, dall'aspetto vitreo ed imperlato come le gocce di rugiada stipate fra loro. Maggiormente colpita è la porzione inferiore del crasso.

Istologicamente si conferma la lieve entità dei fatti necrotici o essudativi superficiali, e si nota la presenza di numerose formazioni ghiandolari, in proliferazione attiva, sul tipo delle cripte del Lieberkühn, che oltrepassano lo strato ghiandolare ed, attraverso delle brecce della muscolaris mucosa, si infossano fino alla sottomucosa, dando luogo a numerosi gettoni laterali, con tendenza alla ectasia cistica, senza mai oltrepassare la muscolaris propria.

Queste formazioni epitelio-ghiandolari eterotopiche, date da attiva proliferazione del fondo delle ghiandole del Lieberkühn, sono precedute da alterazione infiammatoria e degenerativa del connettivo della mucosa e della muscolaris mucosa.

Circa il loro momento causale, non devono considerarsi nè come neoformazioni a carattere rigenerativo, nè a carattere congenito, nè come cisti da ritenzione. Ha maggior credito l'opinione di Orth e di Meyer secondo i quali l'agente provocatore di queste eterotopie è il processo infiammatorio dissenterico che da un lato aggredisce il connettivo della mucosa e sottomucosa, alterando lo spessore e la continuità della muscolare, e dall'altro eccita attivamente alla proliferazione le ghiandole del Lieberkühn.

Verosimilmente le condizioni opportune per la produzione di queste eterotopie si verificano quando il virus dissenterico determina un tale grado di infiammazione del connettivo della mucosa da non danneggiare notevolmente lo strato ghiandolare, anzi stimolandolo alla proliferazione.

PERSIA.

La cura delle emorroidi con le iniezioni.

I. Boas da sei anni applica ai suoi malati di emorroidi, invece dei metodi operativi, le iniezioni di alcool a 96°.

Trattando 130 malati si è convinto (*Medizin. Klinik*, 1922, n. 24) che la cura con l'alcool costituisce un metodo radicale e preciso. È rigorosa regola però eseguire l'iniezione esclusivamente nelle dilatazioni varicose, evitando la mucosa; bisogna trattare tutte le dilatazioni nel medesimo tempo; evitare le iniezioni troppo abbondanti o troppo caustiche; completare la cura con alcuni giorni di riposo. Tale cura è indicata specialmente nelle emorroidi interne e quando vi sono emorragie persistenti o prolasso; meno spesso possono fruire della cura

le iniezioni intraanali. La cura deve in ogni caso applicarsi solo alle forme che apportano disturbi di funzione.

La tecnica che l'A. segue è la seguente: il malato viene purgato e sottoposto a clisteri ripetuti di acqua saponata addizionata per ogni mezzo litro di due cucchiai di lisoform. Se vi sono emorràgie iniettare nel retto 10 cc. di cloruro di calcio al 5 %. Posizione genu-pettorale; toilette con rasoio e iodo; anestesia locale con novocaina adrenalina. Il malato viene posto in letto. Mezz'ora dopo, applicazione di una ventosa di Bier per far sporgere i noduli emorroidarii. Tolta la ventosa si inietta per ogni dilatazione con ago finissimo, da dieci a venti gocce di alcool; con l'aiuto di olio di vasellina far rientrare le emorroidi il più presto possibile ed il più alto possibile. Letto, dieta liquida, oppio. Al quarto o quinto giorno, purgante salino, in seguito il malato lascia il letto. Le emorroidi si palpano allora come un cercine duro, come canceroso; in seguito non resta che della granulosità che scompare.

Talora si può avere infezione o gangrena emorroidaria. Complicazioni rare: accesso febbrile anche a 40°; in tre casi l'A. ha avuto ascessi perirettali guariti con incisione senza fistola; in nove casi emorragie più o meno abbondanti (queste possono essere evitate facendo sì che nel ritirare l'ago non sgorghi una goccia di alcool); l'A. non ha mai avuto embolie; in un caso si ebbe la morte.

Su 130 casi il Boas ebbe sei recidive, ed in un caso l'A. praticò le iniezioni in due riprese.

MONTELEONE.

I pericoli della fenolftaleina come lassativo.

K. Schmilinsky (*Deut. med. Wochens.*, 1922, p. 1311) ricorda che la fenolftaleina può produrre cospicua emolisi, degenerazione acuta tossica dei reni, e grave collasso. Sono parecchie decine i casi d'intossicazione già descritti. L'A. ne descrive un caso, in una bambina di 9 anni, che aveva preso 20 ctg. della droga. Presentava apparentemente i segni di uno stato infettivo grave, e 57,000 leucociti. Essendo dolente il punto di Mac Barney fu operata e le fu tolta l'appendice, che fu trovata piena di ossiuri, ma non infiammata.

DORIA.

Formula araba per purgante.

Foglie di senna e zucchero a parti uguali: scaldare le foglie e macinarle con lo zucchero. Prenderne un cucchiaino da caffè alla sera, od al mattino a digiuno.

(*Journ. des praticiens*, 19 agosto 1922).

MEDICINA SOCIALE.

Sull'esame medico degli chaffeurs.

Una speciale commissione incaricata dalla Académie de médecine (*Bulletin*, 1923, n. 2) di studiare la questione degli accidenti che sempre più numerosi avvengono per opera di *chauffeurs* poco capaci, ha proposto all'Académie, di trasmettere ai Pubblici Poteri i seguenti desiderata:

1) non rilasciare alcun permesso di condurre automezzi ad individui di età inferiore ai 20 anni;

2) rifiutare il permesso di cui sopra ad ogni candidato affetto da disturbi mentali, da lesioni organiche del cuore, dei vasi, del sistema nervoso, da insufficente vista od udito, constatate da speciale Commissione medica. Uno speciale regolamento dovrà servire a precisare la natura ed il grado delle lesioni sfavorevoli alla concessione della licenza;

3) il permesso non sarà accordato ai mutilati sprovvisti di apparecchio utile a dar loro una sufficiente attitudine per condurre vetture automobili;

4) il permesso non sarà valevole che per dieci anni, al termine dei quali lo *chauffeur* dovrà subire un nuovo esame medico. In casi speciali, giudicati utili dalla Commissione, il permesso non sarà accordato che per tre anni;

5) il permesso sarà ritirato in caso di ubriachezza o, tutt'al più, in caso di recidiva di ubriachezza;

6) ogni *chauffeur* il quale per propria colpa abbia provocato un accidente, sarà sottoposto ad un nuovo esame.

MONT.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Fibrillazione auricolare e mezzi clinici per la sua identificazione. Al dott. M. G., abbonato n. 2695:

Il termine *fibrillazione auricolare*, da qualche tempo è entrato nel linguaggio *diagnostico* medico. Le parole non significano altro che « uno stato di tremulazione fibrillare della muscolatura dell'orecchietta », tremulazione fibrillare che si sostituisce alle ordinarie contrazioni ritmiche auricolari. Tale stato particolare della contrazione auricolare sarebbe, secondo Lewis, dovuto ad una irritabilità anormale della muscolatura dell'orecchietta, con produzione di focolai multipli di eccitazione. Sul ritmo ventricolare, il quale, allo stato normale, è regolato dalla trasmissione degli stimoli attraverso l'orecchietta, si ripercuote l'irregolarità di contrazione auricolare, traducendosi in irregolarità con tachisistolia. Forse solo una parte degli stimoli passa al sottostante ventricolo, forse una parte di essi non risulta sufficiente, forse più verosimilmente gli stimoli si diffondono, si disperdono quasi o restano bloccati e non passano nel sottostante ventricolo.

La fibrillazione, riprodotta in animali, con eccitazioni elettriche e meccaniche della muscolatura cardiaca, *si riconosce con l'esame dei cardiogrammi, per la mancanza nel tracciato del sollevamento presistolico* a, e per *la estrema irregolarità della curva ventricolare; spesso c e v della curva giugulare sono ravvicinati o saldati,* sì da dare al polso giugulare il tipo ventricolare.

All'esame elettrocardiografico, si trova la abolizione dell'onda *P* (auricolare) ed una irregolarità estrema nel complesso ventricolare. L'onda *P* è invece sostituita da una serie di piccole elevazioni, che dentellano la linea del tracciato (fibrillazione).

Clinicamente la fibrillazione auricolare, che è tanto frequente negli scompensi parziali o totali del cuore specie nei vizi mitralici, si traduce *con una aritmia completa.* E' questa l'espressione più modernamente accettata, dell'antico *delirium cordis* e del *pulsus irregularis* di Heiring, più esatta, perchè l'aritmia non è sempre perpetua, ma può essere parossistica. Clinicamente questi malati presentano una aritmia caratterizzata da una frequenza maggiore del polso, che è fortemente aritmico, variabile cioè nell'ampiezza, nella pressione, nella lunghezza della pausa; sui tracciati nessun pezzo è sovrapponibile all'altro.

L'aritmia completa può essere simulata dall'aritmia respiratoria, quando questa assuma il carattere di grande irregolarità; ma le irregolarità si dimostrano in netta dipendenza del ritmo respiratorio, le sistole ventricolari raggiungendo eguale forza di contrazione, non esistono vere differenze nell'ampiezza del polso; con la fatica spesso, e con l'atropina scompaiono le aritmie respiratorie.

Con la tachicardia parossistica, clinicamente la diagnosi non è difficile per la regolarità nella tachisistolia ventricolare, che raggiunge cifre nel numero delle pulsazioni della radiale (150-300) non mai raggiunte nell'aritmia completa. Con questa anzi la confusione potrebbe essere fatta più nelle grafiche del polso venoso (ritmo nodale); ma allo scopo è utile e sufficiente l'esame elettrocardiografico. La aritmia completa però, clinicamente riconosciuta, non corrisponde sempre alla esistenza di una fibrillazione; oltre alla fibrillazione un quadro di aritmia completa può essere dato dalle tachisistolie auricolari (dal flottar auricolare). Questa particolare aritmia, che consiste in una tachisistolia auricolare con ritmo indipendente del ventricolo, quando, esista irregolarità nelle sistole ventricolari, dà lo stesso quadro clinico ai mezzi comuni di indagine.

Se la fibrillazione adunque si traduce clinicamente in aritmia completa, non sempre questa corrisponde alla fibrillazione auricolare; l'esame clinico può far sospettare una fibrillazione, *ma solo l'esame grafico,* e *specialmente l'elettrocardiografico* permette di assicurarne l'esistenza. PONTANO.

Trattati sulle malattie dello stomaco. — All'abb. n. 7293:

Coll'assunzione in clinica dei nuovi metodi di indagine, tutto il capitolo della patologia gastrica è da qualche anno entrato in una fase di revisione e trasformazione, che non si è ancora chiusa. Di questo stato delle nostre conoscenze risentono naturalmente i trattati, che si pubblicano sulle malattie dello stomaco. Ad ogni modo se vuole un volume possibilmente moderno e completo su questo argomento può prendere: « Appareil digestif » (volume IX del « Traité de Pathologie médicale » del Sergent, ed. Maloine, Paris).

In lingua tedesca è raccomandabile il volume sulle malattie dello stomaco del grande trattato, in corso di pubblicazione, di Kraus e Brugsch. Deve essere pubblicata, tra breve, la continuazione del vol. III del Möhr e Stähelin (traduz. italiana, Editrice libraria milanese), che tratterà appunto delle malattie dello stomaco. *g. sabatini.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

La legge contro il commercio abusivo degli stupefacenti.

Sono trascorsi diciotto mesi dalla data della presentazione al Parlamento del progetto di legge elaborato dal Governo per la repressione del commercio abusivo degli stupefacenti. Durante la lunga mora parlamentare, tanto più grave quanto maggiore era la urgenza di provvedere efficacemente, la giurisprudenza tentò perfino di forzare la lettera e lo spirito delle leggi vigenti per colpire severamente gli spacciatori di cocaina ed altre sostanze stupefacenti, ma purtroppo la Cassazione dovette riconoscere che non si poteva far rientrare il fatto della vendita in una figura di reato che consentisse severità di repressione.

Finalmente, in una delle ultime sedute della Camera, il progetto di legge è stato definitivamente approvato.

Nel corso della discussione furono fatte notevoli osservazioni, che avrebbero giustificato opportuni emendamenti: l'on. Canepa, per es., proponeva saggiamente che fosse *in ogni caso* escluso il beneficio della condanna condizionale per i reati previsti in quella legge.

Ma per non ritardare l'approvazione del progetto, che avrebbe dovuto ritornare al Senato, se emendato, e poi alla Camera, il testo è rimasto immutato, in seguito ad assicurazione del Ministro che si sarebbe tenuto conto delle osservazioni nella compilazione del regolamento.

Riassumiamo le principali disposizioni del progetto, che fra pochi giorni sarà legge.

Le pene per gli spacciatori.

Art. 1. — Chiunque, non essendo autorizzato alla vendita di prodotti medicinali e non facendo di essi notorio ed abituale commercio, vende, o in qualsiasi altro modo somministra al pubblico, cocaina, morfina, loro composti o derivati, e, in genere, sostanze velenose che in piccole dosi hanno azione stupefacente, ovvero ritiene dette sostanze per venderle o somministrarle, è punito nel primo caso con la reclusione da sei mesi ad un anno e con la multa da lire duemila a lire seimila, e nel secondo caso, con la reclusione da due a sei mesi e con la multa da lire mille a lire quattromila.

Qualora il colpevole, che non sia autorizzato alla vendita di prodotti medicinali e non faccia di essi notorio ed abituale commercio, eserciti una professione od arte, che abbia servito di mezzo a commettere il reato o l'abbia comunque agevolato, alle pene previste dal comma precedente, è aggiunta la sospensione dall'esercizio della professione o dell'arte per un periodo da tre mesi a sei mesi.

Nel caso di recidiva, le pene sono aumentate di un terzo.

La durata della sospensione dall'arte o professione, nei casi di recidiva, non può essere minore della durata della pena restrittiva della libertà personale, che sarà inflitta.

In ogni caso, alle persone suddette, può essere aggiunta la interdizione dai pubblici uffici da uno a cinque anni.

Il quarto articolo aumenta le pene da un quarto alla metà, quando le somministrazioni siano fatte a persona di età minore.

Le pene pei medici.

L'art. 5 dispone che i medici-chirurghi, che nel prescrivere comunque le sostanze contemplate nella presente legge non indicano chiaramente nella ricette il cognome, il nome e il domicilio dell'ammalato a cui le rilasciano, incorrono nella pena pecuniaria da lire duemila a lire cinquemila.

La stessa pena si applica anche ai farmacisti che spediscano ricette prescriventi dette sostanze e non contenenti le indicazioni di cui sopra.

La chiusura dei locali.

L'art. 7 dispone la confisca dei prodotti e l'ottavo, commina la chiusura dei locali:

Chiunque occupando un locale qualsiasi, ovvero avendo la gestione di un esercizio, di un luogo di trattenimento o di ritrovo, pubblico o privato, lo fa servire o acconsente o lascia che esso serva, sia a scopo di lucro, sia gratuitamente, a convegni di persone che si riuniscano per darsi all'uso di sostanze tossiche stupefacenti, è punito con le pene sancite dall'art. 1.

I locali, gli esercizi, i luoghi di trattenimento o i ritrovi sopra indicati sono immediatamente chiusi.

La chiusura può essere definitiva o temporanea: in nessun caso la chiusura temporanea può essere inferiore ad un anno.

Oltre ai prodotti, di cui al precedente articolo, sono confiscati i mobili e gli arredi dei locali, di cui è ordinata la chiusura.

Alla esecuzione delle pene non può essere accordata la condizionale.

Le pene per coloro che si dànno al vizio.

La legge ha contemplato anche coloro che si dànno al vizio e li punisce così:

Coloro che abbiano partecipato ai convegni, che sono oggetto delle disposizioni dell'art. 8, per darsi all'uso delle sostanze stupefacenti, sono puniti con la multa da lire mille a cinquemila.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

In caso di recidiva, la pena è aumentata da un terzo alla metà, e può essere aggiunta la interdizione temporanea dai pubblici uffici da tre mesi ad un anno e la detenzione da uno a tre mesi.

La pubblicazione della condanna.

La sentenza di condanna per uno dei reati previsti nei precedenti articoli 1, 2, 3 e 6, deve essere pubblicata integralmente o per estratto a spese del condannato, in un giornale da designarsi nella sentenza stessa fra quelli più diffusi nel luogo, nel quale fu commesso il reato.

Sarà pubblicato, infine, a cura del Ministero dell'Interno, un elenco delle sostanze tossiche aventi azione stupefacente.

Per la Cassa di maternità.

La Camera dei deputati ha approvato il progetto per la conversione in legge del decreto 17 febbraio 1917, n. 322, che contiene modificazioni alla legge 17 luglio 1910, n. 520, per la istituzione di una Cassa di maternità e del decreto 18 aprile 1920, n. 543, concernente la misura dei sussidi corrisposti alla Cassa.

Si tratta, in sostanza, della legittimazione legislativa di disposizioni che sono in vigore dal 1917 per decreto-legge!

Ma in occasione della conversione del decreto in legge, si è svolta alla Camera una discussione che ha una certa importanza, non per la legge approvata, ma per i propositi di sistemazione definitiva. Il Ministro del lavoro, on. Cavazzoni, ha detto che, in questa materia e per la protezione del lavoro, non si potrà fare nulla di positivo se non si risolverà il problema delle assicurazioni contro le malattie ed ha soggiunto che il Governo provvederà sollecitamente, tenendo conto però delle condizioni economiche del Paese, per conciliare le necessità della economia e della finanza con quelle di una giusta e doverosa tutela delle classi lavoratrici.

— La Cassa di maternità, ha detto il Ministro, come è ora regolata in forza della legge 17 luglio 1910, n. 520, emendata dal decreto 17 febbraio 1917, n. 322, e, per la misura dei sussidi, dal decreto 18 aprile 1920, n. 543, ha carattere di provvedimento transitorio. — Auguriamo, dunque, che la sistemazione definitiva non ritardi quanto.... la conversione in legge del decreto che regolò la Cassa.

Assicurazione contro gli infortuni in agricoltura.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto che modifica le norme vigenti per gli infortuni in agricoltura.

L'assicurazione viene limitata ai soli casi di infortunio che importano una effettiva diminuzione di capacità produttiva avuto riguardo alle caratteristiche del lavoro agricolo.

Altre norme sono dirette ad evitare abusi nella denunzia dell'infortunio. Il decreto non è ancora pubbblicato.

Contro l'abuso delle specialità medicinali.

L'on. Torre, che aveva interpellato il Ministro dell'Interno sul dilagare arbitrario ed infrenato delle specialità medicinali, ha ricevuto la seguente risposta:

« La produzione sempre crescente delle specialità medicinali e gli abusi che talvolta si debbono lamentare nei riguardi della preparazione, oltre che per quanto concerne la loro pubblicità, spesso anche ciarlatanesca, dimostrano la necessità di nuove provvidenze legislative, le quali, integrando quelle in atto, tendano ad istituire un controllo di Stato più rigoroso e diretto, nel supremo interesse della pubblica salute. Per i preventivi studi all'uopo necessari venne nominata una speciale Commissione, che espletò il compito affidatole con premuroso interessamento, presentando le sue conclusioni in un complesso di norme di carattere legislativo e regolamentare, dopo avere anche sentite le rappresentanze delle varie classi interessate. Le conclusioni della predetta Commissione trovansi in corso di esame presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica. Si assicura perciò che verrà al più presto predisposto lo schema del disegno di legge per la disciplina della importante materia, alla quale sono pure connessi rilevanti interessi economici di un importante ramo dell'industria nazionale, interessi che devono essere equamente contemperati con quelli di ordine generale, la cui tutela si intende di perseguire ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Attività del Fascio medico parlamentare.

Il Fascio medico parlamentare riunitosi il 10 febbraio dopo ampia discussione cui han preso parte gli onorevoli Torre, Cirincione, Pesante, Mattoli, Capasso, Guaccero, Bussi e Pezzullo, ha dato incarico di formulare i seguenti progetti di legge:

all'on. Capasso per il disegno di legge sul «Certificato sanitario dei contraenti matrimonio»;

agli onorevoli Mattoli e Bussi pel disegno di legge «Necessità di interdire l'esercizio della medicina agli stranieri la cui nazione non concede eguale diritto agli italiani»;

agli onorevoli Pesante e Pezzullo pel disegno di legge «Necessità di contenere in limiti morali la réclame giornalistica a scopo terapeutico»;

agli onorevoli Cirincione, Guaccero e Torre il progetto di legge «Per rendere ufficiale la lingua italiana nei Congressi internazionali».

Elezione del Consiglio del Sindacato medico.

Venerdì 25 febbraio si procedette alla elezione del Consiglio del Sindacato Medico. Risultarono eletti i dottori Pecori, Ferretti, D'Alessandria, Fornaca, Fioretti Ermanno, Versari, Pestalozza, Mazzolini, Giorgi, Cracolini, Cicaterri, Nicoletti, Lupi.

A rappresentante presso la Federazione provinciale dei Sindacati Nazionali, fu eletto con grande maggioranza di voti il dott. Fioretti Arnaldo.

Il nuovo Consiglio come primo atto ha inviato al Presidente del Consiglio on. Mussolini il seguente telegramma:

«Neo eletto Consiglio direttivo Sindacato medico fascista romano invia Eccellenza Vostra riverente fervido omaggio di fede incrollabile alti destini della Patria, ponendo propria modesta ma entusiastica opera ora e sempre a piena disposizione del primo Governo nazionale d'Italia».

Per lo stipendio e la pensione dei medici condotti.

Ad iniziativa dell'on. Tiberio Evoli, presidente dell'Ordine dei Medici e dell'Associazione dei Medici Condotti di Reggio Calabria, si radunarono i rappresentanti delle Associazioni dei Medici e Veterinari Condotti delle provincie calabresi e di Messina.

Presiedeva il prof. Evoli, il quale fece una chiara relazione sull'attuale momento politico, sulle condizioni economiche dei Medici Condotti e sui loro bisogni; disse delle pratiche precedentemente svolte per ottenere gli aumenti desiderati e propose per intanto di chiedere la perequazione col trattamento economico fatto dai Comuni ai Colleghi di Catanzaro.

Il dott. Frassetti riferisce esaurientemente sull'azione svolta dalla Presidenza Centrale, specie per quanto si riferisce alla legge sulla Cassa Pensioni pei Sanitari. Il dott. Cocito porta il saluto della Federazione interprovinciale sicula ed invita ad un'azione concorde i Sanitari delle due regioni. Il dott. Romano fa la storia dell'azione svolta in Provincia di Catanzaro e sui risultati ottenuti. Per i Veterinari parlano il dott. Mussari, che si occupa più specialmente della tattica da seguire per ottenere i miglioramenti, il dott. Musolino per affermare che il valore dell'organizzazione Sanitaria sostenuta dal buon diritto dovrà anche in questo momento portare la classe sanitaria alla vittoria, il dott. Ferrara per riferire sull'azione svolta d'accordo coi Medici in Provincia di Catanzaro e sui risultati ottenuti.

Dopo ampia discussione ad unanimità viene approvato il seguente ordine del giorno, da inviare ai Prefetti delle Provincie calabresi e di Messina ed al Ministro dell'Interno:

«Il Convegno dei Medici Condotti e dei Veterinari Municipali delle Provincie di Calabria e di Messina, tenendo presenti le condizioni degli stipendi, corrisposti attualmente, insufficienti ed irrisori, inadeguati ai bisogni dell'esistenza, sproporzionati a quelli delle altre regioni d'Italia

delibera

di far voti al Governo del Re perchè venga affrettata la riforma del Regolamento Generale Sanitario e la decisione di uno stipendio minimo unico residenziale di L. 10,000 (diecimila) oltre la ricostruzione della carriera, le indennità di trasporto, di malaria e di disagiata residenza, e, per i Medici Condotti, l'addizionale per ogni persona iscritta di lire 5 (cinque) fino a 500 poveri, e di lire 10 oltre il detto numero, e frattanto invita le Sezioni di Reggio e Cosenza a richiedere la perequazione dello stato economico nella misura già ottenuta dai Colleghi di Catanzaro».

Fu approvato e inviato il seguente telegramma:

A S. E. Mussolini - Roma.

«Medici condotti e Veterinari Municipali delle provincie calabresi e di Messina fanno voti sia sollecitamente promulgata nuova legge pensioni Sanitari, appagando vive aspirazioni Classe Medica e sanando antiche doloranti ingiustizie.

TIBERIO EVOLI
Presidente dell'Ordine dei Medici e dell'Associazione dei Medici Condotti».

L'assicurazione malattie in Francia.

L'assemblea generale della Federazione corporativa dei medici della regione parigina, forte di 5150 voti, ha approvato ad unanimità, il 20 dicembre u. s., un ordine del giorno col quale il Consiglio amministrativo della Federazione dichiarava di opporsi risolutamente a ogni progetto con tariffa *à forfait* degli onorari medici e di non poter rinunziare a nessuno dei seguenti cinque postulati:

1) rispetto del segreto professionale; 2) libera

scelta incondizionata del medico; 3) rimunerazione a visita, in base alla tariffa medica della clientela ordinaria; 4) corresponsione degli onorari integralmente e direttamente da parte del malato: 5) limitazione della legge ai non agiati. Verrà indetto un *referendum* i cui risultati diverranno obbligatori per tutti gl'inscritti se raccoglierà almeno l'80 per cento dei voti.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 7 del 1923):

(VARIE):

Dott. Barola Giovanni (Sanfatucchio) . . . . L. 25 —
Dott. Possenti Benigno (Rosburgo) . . . . » 10 —
Dott. Sala Armando (Ronciglione) . . . . » 25 —
Dott. Cristallini Giuseppe (Montefano) . . . . » 20 —
Dott. Pellicano Napoleone (Itapolis - Brasile) . . . . » 50 —
Dott. Gaggia Mario (Feltre) . . . . » 50 —
Prof. Marina Alessandro (Genova) . . . . » 30 —
Dott. Dogliani Francesco (Miradolo) . . . . » 30 —
Dott. Gioia Amedeo (Bolsena) . . . . » 25 —
Dott. Mingari Nicolò (Capizzi) . . . . » 20 —
Dott. Ugolini Anselmo (Miramare di Romagna) . . . . » 22 —
Dott. Bombardieri Domenico (Caulonia) . . . . » 10 —
Dott. Di Mauro Ernesto (Cavatirreni) . . . . » 25 —
Dott. Tenore Giuseppe (Mercato S. Severino) . . . . » 25 —
Dott. Gargiulo Raffaele (Salerno) . . . . » 10 —
Dott. Stabile Carmine (Bolla) . . . . » 10 —
Dott. Rienzo Francesco (Padula) . . . . » 25 —
Dott. Di Sergio Amedeo (Acropoli) . . . . » 50 —
Dott. Formicola Ciro (Portici) . . . . » 10 —
Dott. Rossi Pasquale (Caianello) . . . . » 10 —
Dott. Cav. Scuncio Domenico (Prata Sannita) . . . . » 15 —
Dott. Boccucci Bernardino (Mondragone) . . . . » 10 —
Dott. Stefanelli Severo (Mondragone) . . . . » 10 —
Dott. Cascella Nicola (Aversa) . . . . » 10 —
Dott. Del Foco Oreste (Cassino) . . . . » 20 —
Dott. Del Vecchio Pasquale (Pignataro Maggiore) . . . . » 50 —
Dott. Costellabate (Como) . . . . » 15 —
Dott. Pellegrini (Como) . . . . » 25 —
Dott. Boglione (Como) . . . . » 25 —
Dott. Benvenuti (Como) . . . . » 25 —
Dott. Cartegni (Como) . . . . » 25 —
Dott. Forami (Como) . . . . » 25 —
Dott. Loreti (Como) . . . . » 25 —
Dott. Muzio (Como) . . . . » 25 —
Dott. Zavaldi (Como) . . . . » 25 —
Dott. Zerbini, Boves (Cuneo) . . . . » 5 —
Dott. Didone (Castelfranco) . . . . » 25 —
Prof. Carboni (Faenza) . . . . » 20 —
Prof. Piccinini (Milano) . . . . » 20 —
Dott. Scarlata (Caltanissetta) . . . . » 50 —
Dott. Giampaoli (Caltanissetta) . . . . » 50 —
Dott. Sebastiani (Londra) . . . . » 50 —
Dott. Betti (Firenze) . . . . » 5 —
Dott. Bonelli (Bagni di Lucca) . . . . » 15 —
Dott. Passetti (Cantù) . . . . » 20 —
Dott. Suriano (Pianiga) . . . . » 20 —
Dott. Grimani (Belluno) . . . . » 100 —
Dott. Ardigò . . . . » 20 —

(REGGIO EMILIA):

Dott. Dallamano . . . . » 10 —
Dott. Baiocchi . . . . » 10 —
Dott. Canassi . . . . » 10 —
Dott. Ponti . . . . » 10 —
Dott. Germini . . . . » 20 —
Dott. Nobili . . . . » 10 —
Dott. Radighieri . . . . » 10 —
Dott. Magnavacchi . . . . » 10 —
Dott. Cocconi . . . . » 10 —
Dott. Bertoldi . . . . » 10 —
Dott. Campani . . . . » 10 —
Dott. Oleari . . . . » 10 —
Dott. Astimagno . . . . » 20 —
Dott. Mori . . . . » 10 —
Dott. Gallinfani . . . . » 10 —
Dott. Gemini . . . . » 50 —
Dott. Campanini . . . . » 10 —
Dott. Rossaro . . . . » 15 —
Dott. Vecchi . . . . » 10 —
Dott. Sidoli . . . . » 20 —
Dott. Rossi . . . . » 10 —
Dott. Cacciari . . . . » 20 —
Dott. Tassoni . . . . » 30 —
Dott. Zanetti . . . . » 20 —
Dott. Marinelli . . . . » 10 —
Dott. Marchetti . . . . » 30 —
Dott. Pignedoli . . . . » 15 —
Dott. Tesi . . . . » 20 —
Dott. Chiacci . . . . » 25 —
Dott. Balletti . . . . » 80 —
Magg. Med. Serio . . . . » 100 —
Dott. Sormano . . . . » 20 —
Dott. Furno . . . . » 20 —
Dott. Vercalmi . . . . » 10 —
Dott. Ferraroni . . . . » 5 —
Dott. Chierici . . . . » 10 —
Dott. Stefanni . . . . » 10 —
Dott. Manchi . . . . » 20 —
Dott. Toni . . . . » 10 —
Dott. Rio . . . . » 20 —
Dott. Bonaccini . . . . » 5 —
Dott. Bernini . . . . » 5 —
Dott. Bosi . . . . » 5 —
Dott. Bisi . . . . » 20 —
Dott. Finzi . . . . » 10 —

(Continua).

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Novara*: Dottori: Bersano Carlo-quinto, Biella — Galvagno Ottorino, Vercelli — Cova Alessandro, Borgomanero — Delbono Luigi, Novara — Morandi Giovanni, Cerano — Longhi Eugenio, Vespolate — Vacino Nicola, Stroppiana — Targhetta Mario, Tronzano — Cerri Domenico, Rocetto — Monaco Carlo, Vicolungo — Donetti Manfredi, Tornaco — Vacino Achille, Pezzana — De Giuli Plinio, Asigliano — Rastellino Giovanni, Cigliano — Antonini Camillo, Gabagna — Botto Gio. Batta, Cossilla — Mino Alfredo, Benna — Poggiani Alfonso, Trontano.

Provincia di *Pesaro*: Dottori: Serilli Rodolfo, Urbino — Pinzani Enrico, Fano — Salvoni Armando, Acqualunga — Ceronzi Giovanni, Fossombrone — Bellocchi Evandro, Sant'Agata Feltria — Ceccolini Ernesto, Pesaro — Piselli Giuseppe, Macerata Feltria — Luca Savino, Apecchio — Leonardi Pietro, Tomba di Pesaro — Salbitano Luigi, Fiorenzuola di Focara — Ricci Carlo, Urbania — Ortona Filippo, Fermignano — Barbieri Luigi, Auditore — Sirigatti Camillo, Serrungarina — Del Re Battista, Mercatina Marecchia — Burchi Arturo, Mondolfo — Sbrozzi Emilio, Orciano di Pesaro — Tonelli Guido, Montemaggiore al Metauro — Mercantelli Antonio, Montebaroccio — Giovanardi Giuseppe, Pozzo Alto — Peroni Vincenzo, Sant'Ippolito.

Provincia di *Vicenza*: Dottori: Marangoni Giuseppe, Vicenza — Cagliari Carlo, Valdagno — Novello Giuseppe, Schio — Sterzi Paolo, Crosara — Ceccato Giovanni, Isola — Vignato Antonio, Arzignano — Casali Vittorio, Faro — Colpi Luigi, Lugo — Castellani Ulisse, Malo — Manino Francesco, Roana — Magaton Pietro, Villaverla — Viero Carlo, Noventa.

Provincia di *Girgenti*: Dottori: Amalfitano Giuseppe, Girgenti — Salvago Vittorio, Girgenti — Saieva Giuseppe, Aragona — Giuffrida Francesco, Montevago — Castellano Guglielmo, Castrofilippo — Martinerz Alfonso, Girgenti — Sillitti Liborio, Camponello — Castiglione Rosario, Casteltermini — Palmeri Vincenzo, Naro — Veroni Domenico, Porto Empedocle — Gallo Calogero, Ravanusa — Fiorica Francesco, Realmonte — Borsellino Giovanni, Cattolica Eraclea — Marracini Luigi, San Biagio Platani — Moscato Carmelo, Siculiana.

Provincia di *Belluno*: Dottori: Berlese Amedeo, Feltre — Dal Zotto Giuseppe, Mel — Agosti Francesco, Belluno — Riva Giuseppe, Arsiè — Mariani Giuseppe, Farra Puos d'Alprago — De-Lena Pietro, Lamon — Colle Gaetano, Trichiana — Sardo Benedetto, Castellavazzo-Ospitale — Garuti Pietro, Fonzaso — Rostagno Callisto, Forno di Canale — Cristini Ottorino, Lentiai — Farris Isidoro, Limana — Marchè Ferruccio, Sedico — Alberton Giovanni, Seren — Bertolotti Orazio, Sospirolo.

Provincia di *Aquila*: Dottori: Carlucci Salvatore, Celano — Marinetti Giuseppe, Carsoli — Chiarizia Luigi, Aquila — Gubitosi Oreste, Bagno — Pasqualucci Ignazio, Cagnano — Giacobbe Giulio, Paganica — Ruggieri Severino, Balsorano — Teofili Raffaele, Cittaducale — Lugini Domenico, Fiamignano — Morelli Ercole, Petrella Salto — Antomacci Giovanni, Barisciano — Olivieri Enrico, San Demetrio nei Vestini — Di Sabbato Giuseppe, Sassa — Cricchi Luigi, Scopito — Zannelli Giovanni, Secinaro — Cavallo Francesco, Cappadocia — Miccoli Giuseppe, Massa d'Albe — Abrami Giuseppe, Ortona dei Marsi — D'Angelo Umberto, San Vincenzo Valle Roveto — Valenzi Giuseppe, Tagliacozzo — Petrei Giuseppe, Trasacco — Cipriani Filippo, Antrodoco — Martorelli Antonio, Sulmona — Scarpitti Girolamo, Castel di Sangro — Aquila Benedetto, Raiano.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVIANO (*Udine*). — 2° Rep. Scad. 28 feb. L. 7000 stip., L. 2500 trasp.; alloggio semigrat., 2 c.-v.

BURANO (*Venezia*). — A tutto 20 marzo; età limite 45; L. 6000. Chiedere annunzio.

CASTELLEONE (*Cremona*). — Proroga a tutto 28 febbraio. Vedi fasc. 8.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Proroga 28 febbraio. Vedi fasc. 6.

FANO (*Pesaro-Urbino*). — Due cond.; L. 7000 fino a 500 pov., 10 trienni del ventes., addizion. L. 3; per disagiata resid. L. 1000; cav. L. 3000; c.-v. come agli impiegati dello Stato. Età lim. 40. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzio. A tutto il 10 marzo.

LODI. — I Reparto esterno; scad. 5 marzo, ore 16; età limite 35. Chiedere annunzio al Segretario Capo. L. 6000 oltre L. 3000 complementari (per il triennio 23-25) e addizionale di L. 2 sopra i 1000 poveri o sopra i 1500, secondochè gli abitanti nella condotta siano meno o raggiungano il numero di 4500; per cavallo e vettura L. 3000; aumento di L. 500 dopo la stabilità e 5 quadrienni di L. 650 dopo la stabilità.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; vedi fascic. 6.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

ORISTANO (*Cagliari*). — Chirurgo Capo Ospedale Civile; concorso per titoli o per titoli ed esami. Scad. 2 marzo. Età limite 44; stipendio L. 7000 lorde; diritto 50 % sulle operazioni ai paganti in proprio. Quinquennio Clinica universitaria od Ospedale. Prova biennale. Assunzione servizio entro 20 giorni. Rivolgersi Congregazione Carità.

ROCCAROMANA (*Caserta*). — Scad. 10 marzo; lire 6000 stip. e relativi benefici di legge. Chiedere bando.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 28 feb.; vedi fasc. 6.

Diffide e boicottaggi.

La sezione di Brescia dell'A. N. M. C. ha diffidato la condotta medica di Concesio.

L'Ordine dei Medici di Pola ha diffidato il posto di medico presso la locale Manifattura di Tabacchi. La Presideaza della Federazione ha approvato incondizionatamente la diffida.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Pericle Pozzilli ha conseguito la libera docenza in patologia speciale medica nella R. Università di Roma, svolgendo la dissertazione «Sulle aritmie cardiache» e la lezione didattica «Sugli itteri».

All'amico carissimo, già nostro collaboratore, le più vive congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Per l'Istituto superiore di Firenze.

L'on. Rosadi aveva interrogato il ministro della P. I. per sapere quando voglia accordarsi col ministro del Tesoro per conferire all'Istituto di studi superiori di Firenze le necessarie dotazioni assegnate agli altri Istituti universitari; e per sapere altresì se contrastando la vita piena dell'Istituto col pretesto della sua autonomia (che si è pronti a restituire) creda possibile abolire l'Università a Firenze. Analoga interrogazione aveva presentato l'on. Calò.

Il sottosegretario alla P. I. on. Lupi, ha risposto ad entrambe le interrogazioni che il dubbio che l'Università di Firenze potesse correre rischio di essere abolita, non ha più ragione di essere dopo le formali assicurazioni date dal ministro Gentile nell'altro ramo del Parlamento in risposta ad una interrogazione del sen. Vitelli. Quanto ai mezzi indispensabili di vita, i diritti dell'Istituto e i doveri del Governo verso di esso sono tracciati dalla legge 22 giugno 1913, n. 856, che approva la convenzione stipulata fra lo Stato e gli Enti locali e ripartisce gli oneri per il funzionamento dell'Istituto: il Governo ha sempre mantenuti i propri impegni. Mutate, in relazione alle condizioni generali del paese, le risorse economiche dell'Istituto, nuove provvidenze sono state invocate. E tutte le volte che la Sovraintendenza ha segnalato straordinarie necessità, il Ministero dell'Istruzione e quello del Tesoro hanno preso nel più benevolo esame le richieste e larga parte ne hanno soddisfatte. Così nel gennaio 1921, l'Istituto ottenne un ulteriore stanziamento di 2 milioni e 250 mila lire per continuare la costruzione degli edifici universitari; successivamente fu accordato un aumento di L. 80 mila sull'assegno per il mantenimento delle cliniche e di L. 25 mila per il funzionamento dei laboratori di fisica e chimica. Con provvedimento recentissimo promosso dall'attuale Ministero è stata concessa all'Istituto la somma di L. 300 mila affinchè possa estendere al suo personale assunto dopo la legge 19 luglio 1919, n. 496, i benefici economici adottati dallo Stato, per il proprio personale universitario, mentre è stato contemporaneamente aumentato di annue L. 300 mila il contributo statale per le spese generali di mantenimento dell'Istituto. Tutte le richieste d'ordine finanziario non hanno potuto essere accolte, per le angustie economiche in cui si dibatte la pubblica finanza.

La Sovrintendenza dell'Istituto è venuta nella persuasione di dover modificare la convenzione. Il Ministero è pronto a trattare con le migliori disposizioni compatibili con le supreme ragioni del bilancio.

Insegnamento della Puericoltura.

La Facoltà Medica di Pavia, nella seduta dell'11 dicembre 1922, ha votato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« La Facoltà:

Udita la relazione dei professori Alfieri e Spolverini;

Tenuta presente la necessità di ricerche scentifiche sui fenomeni biologici relativi allo sviluppo dei neonati e dei lattanti ed in ispecie sulle questioni della fisio-patologia della nutrizione del medesimo;

Considerato che la medicina sociale a favore della prima infanzia, problema di supremo interesse nazionale, si pratica e si evolve in Italia anche al presente in modo irrazionale, incompleto e disorganizzato per la mancanza d'insegnamento e di coltura adatta;

Riconosciuta la necessità imprescindibile che l'opera di assistenza, perchè raggiunga lo scopo, debba svolgersi parallelamente a quello di previdenza, di educazione e di cultura;

Constatato il dovere da parte degli organi dell'istruzione superiore di intervenire e l'urgenza di provvedere;

delibera:

1) di chiedere l'istituzione in seno alla Facoltà medico-chirurgica di Pavia-Milano dell'insegnamento ufficiale della Puericultura, da impartirsi per incarico a Pavia;

2) di chiedere al Consorzio Universitario Lombardo che, in vista dell'importanza scentifica e dell'utilità sociale di tale cattedra aumenti l'assegno ordinario stabilito per la Clinica Pediatrica della ulteriore somma di L. 8000 necessaria pel personale e pel materiale di insegnamento;

3) di delegare una Commissione di tre membri presieduta dal Preside per espletare tutte le pratiche occorrenti per la rapida istituzione di tale insegnamento e per predisporre il regolamento della nuova scuola ».

Tra la Federazione Italiana delle opere antitubercolari e la Federazione Nazionale Antitubercolare

Una circolore della disciolta Federazione Italiana delle Opere Antitubercolari, recante le firme del presidente sen. Pio Foà e del segretario generale G. Ronzoni, ricorda le benemerenze acquistate dalla Federazione stessa e propone che, a ricordo dell'opera compiuta, col fondo residuale di L. 26,500.40 venga acquistata una cartella nominativa denominata « Fondo Federazione Italiana Opere Antitubercolari », destinandone integralmente la rendita annuale a beneficio della nuova Federazione. Una commissione, composta della vecchia e della nuova Federazione, delibererà anno per anno la natura dei sussidi che saranno dati o delle opere che saranno intraprese con la rendita suddetta.

***

La Presidenza della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, costituitasi dopo il recente convegno di Firenze, ha per contro inviato una circolare a tutti gli Enti federati considerandosi erede della missione e dei poteri della Federazione delle Opere Antitubercolari: ri-

leva l'opportunità di evitare dispersione di forze e di mezzi.

Intende, in termini poveri, che gli spetti il passaggio integrale e libero della intera somma?

La circolare reca la firma di Raffaele Paolucci, Francesco Abba e Guido Mendes.

Federazione Nazionale Antitubercolare.

Una rappresentanza della Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, presieduta dall'on. Raffaele Paolucci, si è recata dall'on. De Vecchi onde esporgli le vedute ed i concetti della Federazione stessa circa il modo di risolvere la grave questione della tubercolosi di guerra che è stata trattata fino ad ora da numerosi enti non tutti competenti che si sono sovrapposti fra loro dando origine ad un *caos* disordinato di provvedimenti irrazionali e caotici.

La Presidenza della Federazione, che si preoccupa del danno che da tale situazione deriva, non solo per lo sperpero prima fatto dei mezzi e delle energie senza un fine adeguato, ma anche per il perturbamento che ne deriva a tutta l'azione antitubercolare italiana, ha presentato a S. E. De Vecchi alcune proposte che varrebbero, se accettate, ad inquadrare entro principii più scientifici e nello stesso tempo più pratici ed umani tutta l'opera dello Stato al riguardo della tubercolosi di guerra.

Tali proposte che sono state pienamente accolte da S. E. De Vecchi si possono riassumere nei sei punti seguenti:

1) Revisione per opera di Commissioni competenti di tutte le pensioni assegnate ai tubercolotici di guerra.

2) Obbligatorietà della storia clinica di ciascun infermo in sede di un determinato dispensario, alla cui tutela sanitaria continuativa ed al cui controllo tecnico ogni singolo infermo dovrebbe far capo.

3) Integrazione a tale scopo dei pochi dispensari attualmente esistenti nell'Italia Meridionale ed in quelle regioni ove si presentassero insufficienti.

4) Soppressione o trasformazione dei sanatori militari in Istituti civili con obbligo di dare la precedenza per l'accettazione ai tubercolotici di guerra che abbiano la necessità e l'intenzione di curarsi.

5) Viaggi per le visite di controllo pagati dall'Opera Nazionale a tariffa Militare.

6) Istituzione di un organo centrale superiore di controllo composto da un medico militare e da due o più civili notoriamente competenti.

Interdizione del fosforo bianco.

È passato senza discussione il disegno di legge: «Conversione in legge del decreto luogotenenziale 8 luglio 1915, n. 1079, concernente la proroga del termine per la esecuzione della convenzione internazionale di Berna circa la interdizione dell'impiego del fosforo bianco nell'industria dei fiammiferi e del Regio decreto 23 dicembre 1920, n. 1881, che vieta l'impiego del fosforo bianco nella fabbricazione dei fiammiferi».

Frodi nel commercio dei medicinali.

La Direzione generale della Sanità pubblica, continuando nell'opera di repressione dell'illecito commercio di medicinali impuri o sofisticati ha testè provocato il D. Min. 14 gennaio pp., col quale si vieta la vendita e si ordina il sequestro del «laudano del Sydenham» della ditta Cesare Pegna e figli di Firenze, perchè dall'analisi chimica su alcuni campioni prelevati è risultato che il detto laudano anzichè contenere l'1 per 100 di morfina ne conteneva solo il 0.30. È stato anche provveduto alla denunzia all'Autorità giudiziaria della ditta incriminata.

Pro Piante Medicinali.

L'«Associazione Italiana Pro Piante Medicinali. Aromatiche ed altre utili» che ha sede in Milano (13), corso Venezia, 22, ha iniziato sul suo «Bollettino» una rubrica che raccoglie le notizie essenziali su ogni pianta medicinale (habitat, parti usate, proprietà). Essa riuscirà certamente molto utile nel campo medico-farmaceutico ed agricolo.

Sono invitati a collaborarvi tutti quei Sanitari che hanno dimestichezza colle piante medicinali.

Per il sanatorio di Pozzuoli.

L'on. Bonardi, sottosegretario per la guerra, rispondendo ad analoga interrogazione dell'on. Cucca, ha assicurato che il Governo farà tutto il possibile per migliorare le condizioni del Sanatorio di Pozzuoli.

La morte di Röntgen.

E' morto all'età di 78 anni il fisico Guglielmo von Röntgen, che scoprì nel 1895 i raggi X.

Guglielmo Röntgen era nato il 27 marzo 1845 a Lennep, nel distretto di Berg (Prussia renana). Conseguì la docenza privata in fisica nel 1874 e nel 1876 venne nominato professore di fisica all'Università di Strasburgo; nel 1879 passò a Giessen e nel 1888 a Würtzburg; eseguì importanti lavori sul calore specifico, sulla capillarità, ecc.

Era professore a Würtzburg nel 1895 allorchè scoprì i Raggi X.

I primi esperimenti sui fenomeni della scarica elettrica nei gaz rarefatti risalgono all'Abate Nollet. Questi esperimenti furono proseguiti da Hittorf, Crookes, Lenard. Nel riprodurre le esperienze del Lnard per mezzo di un'ampolla di Crookes, avvolta in una scatola di cartone nero, Röntgen si accorse con sorpresa che un frammento di platinocianùro di bario, posto a distanza, si illuminava.

Il grande fisico tedesco ne dedusse immediatamente che dall'ampolla dovevano emergere raggi

di natura sconosciuta capaci di attraversare i corpi opachi. E a questi dette appunto il nome di Raggi X.

Guglielmo Röntgen è morto colmo di onori, ma povero. Modestissimo, rifiutò sempre ogni contatto col mondo degli affari, al quale egli aveva tuttavia aperto una larga via di applicazioni industriali. Unico suo guadagno fu il premio Nöbel.

In memoria di Paladino.

Il 25 gennaio, nel recinto degli uomini illustri al Camposanto di Napoli, con l'intervento delle autorità, venne inaugurato un ricordo marmoreo del prof. sen. Giovanni Paladino. Il discorso inaugurale fu pronunciato dal prof. Angelo Zuccarelli; parlarono poi l'assessore prof. Reale, il prof. Moscati ed altri.

Onoranze ad un filantropo.

Ricorrendo l'80° compleanno dell'ing. comm. Costante Gris, fondatore del Pellagrosario di Mogliano Veneto e promotore di altre benefiche iniziative, la Giunta Municipale di Mogliano ha deliberato di murare sul fabbricato centrale del Pellagrosario una targa con l'effige del fondatore e di raccogliere in un *album* le firme degli aderenti alle onoranze; il sindaco ha pubblicato un caloroso appello alla popolazione.

Congresso di Dermatologi e Sifilografi di lingua francese.

È indetto a Strasburgo, in occasione delle feste per il Centenario di Pasteur, dal 25 al 27 luglio.

Argomenti iscritti all'ordine del giorno: 1. La desensibilizzazione nelle malattie della pelle. Relatori: H. Ravaut (Parigi) e Spillmann (Nancy); 2. Il nevo-carcinoma. Relatori: P. Masson (Strasburgo) e Bruno Bloch (Basilea); 3. Condotta nella cura della sifilide nel periodo pre-umorale. Relatori: Queyrat (Parigi) e Malvoz (Liegi); 4. Importanza delle vie d'introduzione dei medicamenti nella cura della sifilide. Relatori: Milian (Parigi) e Bodin (Renness).

Una Commissione medica giapponese visita gli Stati Uniti.

Una Commissione medica composta di sei membri e presieduta dal barone Yoshihiro Takagi, clinico chirurgo di Tokyo, si reca negli Stati Uniti a visitarvi le scuole mediche, gl'istituti sanitari e a studiarne l'organizzazione igienico-sanitaria nel campo amministrativo, tecnico e scientifico.

Calendario per propaganda igienica.

La Colonia montana «Pro infanzia» di Caltagirone ha pubblicato un calendario, nel quale su ogni foglio è scritto un consiglio igienico. L'utile iniziativa merita di essere lodata ed incoraggiata.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal Amer. Medic. Assoc., 4 nov. — P. G. SHIPNEY e altri. Dieta, sistema osseo e dentatura. — F. B. TAYLOR e altri. Progressi nei trattamenti pre e post operatori.

Union Méd., 27 ott. — F. MORENO DE VEGA. Investigazione e significato dell'urobilinuria.

Presse Méd., 18 nov. — H. ROGER. Il metabolismo dei grassi. — C. MANTOUX. La febbricola tubercolare benigna.

Gaz. d. Hôp., 18 nov. — R. DUCASTAING. Gli angoli colici.

Soc. d. Hôp., 16 nov. — J. DEROIDE. Anemia perniciosa post-arsenobenzolica. — FAURE-BEAULIEU. Intossicazione benzolica professionale. — BOULAN. L'olio iodato in radiografia.

Boston Med. a. Surg. Journ., 9 nov. — J. BRYANT. La convalescenza.

Spitalul, 10. — I. PITICARIN. Porpora emorragica anafilattoide.

Rev. de Hig. y Tub., 30 sett. — G. FISAC. I sali calcici nella tbc.

Zeitschr. f. Tub., nov. — REDEKER. Epidemiologia di guerra della tbc. — E. SCHULZ. Il morbo di Koch.

Medic. Ital., ott. — C. FRANCIONI. Manifestazioni morbose periodiche dell'età infantile.

Lancet, 25 nov. — L. E. BARRINGTON-WARD. La chirurgia minore nell'infanzia.

Presse Méd., 22 nov. — F. BEZANÇON e S. I. DE JONG. Bronchiti e catarri.

Wien. Klin. Wochens., 9 nov. — RICHTER. Ai limiti della ginecologia e dell'urologia. — J. V. BARÁNYI. Labilità colloidale del sangue.

Soc. Méd. d. Hôp., 2 nov. — GOUGEROT. Trattamento della lebbra con aminoarsenofenolo. — E. LEDOUX. Encefalite epidemica cronica a forma ipertermica.

Bull. Acad. de Méd., 31 ott. — C. FIESSINGER. Esame medico degli chauffeurs. — P. NOBÉCOURT. L'uso interno della tintura di iodio nei bambini.

Lancet, 11 nov. — W. BAYLISS. L'unità del corpo umano. — M. C. MACAULAY. Avvelenamento da formaggio.

Brazil-Méd., 14 ott. — H. ROXO. Concetto clinico delle parafrenie.

Studium, 29 ott. — A. CARDARELLI. Grosso ascesso del rene destro simulante una ciste da echinococco del fegato. — G. AIELLO. Granulo-basofilia eritrocitaria.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 nov. — G. PETGES. Le epidermo-micosi.

Deutsche Med. Wochens., 10 nov. — A. BARTH. L'asma bronchiale. — H. RAUTMANN. Sulla funzione della milza.

Riforma Med., 30 sett. — I. IACONO. Infezioni da paramelitense. — L. TORRACA. L'elettricità nel trattamento delle uretriti acute e croniche.

Rev. de Psychol. appliquée, ott. — P. FAREZ. Le cause psicologiche della morfinomania.

Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 15 ott. — Atti del Congr. ital. di neurologia.

Brazil-Méd., 21 ott. — O. DE OLIVEIRE. Riforma dell'insegnamento medico.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — H. W. POTTER. Squilibrio endocrino e deficienza mentale. — R. LEROY. La sindrome delle allucinazioni lillipuziane.

Minerva Med., 15 ott. — P. GIRARDI. Esame frazionato del succo gastrico con la colazione di Ewald. — C. LEGIARDI LAURA. Siero antipituitario.

Pediatria, 15 ott. — G. MILLO. Siero-reazione precipitante nella diagnosi di leishmaniosi.

Boston Med. a. Surg. Journ., 5 ott. — W. R. P. ERNLRSON. Nutrizione e sviluppo in rapporto alla tubercolosi.

Pensiero Med., 23-30 sett. — S. PALAZZI. Manifestazioni orali della lepra.

Studium, 20 sett — A. CARDARELLI. Carcinosi peritoneale.

Prensa Méd. Argentina, 20 sett. — C. BONORINO UDAONDO. L'eosinofilia nel contenuto gastrico.

La Clin. Pediatr., IX. — F. STRINA. Tubercolosi nel primo anno di vita. — U. RIGHI. Il sistema pirquetiano di nutrizione.

Soc. d. Hôp., 19 ott. — RAVAUT. Azione dei trattamenti antisifilitici sull'eczema.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., ott. — P. ABRAMI. L'antianafilassi. — M. BONJOUR. Sull'oscillometria.

Arch. di Farmac., 1 e 15 ott. — A. BUSCEMI GRIMALDI. Sclerema dei neonati con ipertrofia del timo.

Zbl. f. Chir., 28 ott. — E. BIRCHER. Terapia operativa della coxa vara statica.

Journ. de Méd. de Paris, 21 ott. — M. UZAN. L'ipotensione arteriosa e il suo trattamento.

Münch. Mediz. Wochens., 27 ott. — H. SCHADE, T. GIESECKE e S. KIELHOLZ. Correzione terapeutica dello stato colloidale: terapia antionchica. — JOHN e STOCKENBRAND. Paralisi bulbare epidemica. — A. GANS. Psichiatria di razza: i giavanesi.

Deutsche Mediz. Wochens., 27 ott. — J. ORTH. Unitarismo o dualismo del processo tubercolare nel polmone. — H. STRAUSS. Il problema dietetico della gotta. — K. NASWITIS. Su di una nuova funzione della milza. — J. KELEMEN e F. KORNFELD. Significato diagnostico dei movimenti respiratorii negli apici polmonari.

Paris Méd., 21 ott. — Numero sulle malattie mentali.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione, bisogni calorifici ed energetici . . . . *Pag.* 276
Assicurazione contro gli infortuni in agricoltura . . . . » 288
Avvelenamento da dimetilsolfato . . . » 281
Bibliografia . . . . » 279
Carcinoma mammario: cura con raggi X e radium . . . . » 281
Cardiospasmo . . . . » 284
Cassa di maternità: per la — . . . . . » 288
Cellule delomorfe: ricerche . . . . . » 282
Cellule giganti del midollo osseo: istogenesi . . . . » 282
Chaffeurs: esame medico . . . . . . » 285
Cisti del pancreas . . . . » 281
Colite cistica dissenterica . . . . . » 284
Cronaca del movimento professionale . » 288
Diabete in rapporto con la sifilide . . » 283
Emorroidi: cura con le iniezioni . . . » 284
Emosiderosi generalizzate . . . . . . » 283
«Febbre eruttiva»: casistica . . . . » 270
Fenolftaleina: pericoli come lassativo . » 285
Fenomeno degli «occhi di bambola»: intorno al — . . . . » 265
Fibrillazione auricolare e mezzi clinici per la sua identificazione . . . . » 286
Gotta acuta causa di errori diagnostici » 283
Grassi: metabolismo . . . . » 282
Jonoforesi: studi sperimentali . . . . *Pag.* 280
Malaria autoctona in Milano nel periodo post-bellico . . . . » 281
Malarici congedati: assegni a medici . » 291
Ossa: studi sulla rigenerazione . . . » 280
Parto spontaneo in presentazione podalica . . . . » 281
Purgante: formola araba . . . . . . » 285
Raggi Roentgen: azione sul ricambio gassoso dei tessuti . . . . » 280
Reazioni al mastice e al benzoino nel liquido cefalo-rachidiano . . . . . » 282
Sindromi rachitiche provocate dalla irradiazione dei tessuti . . . . . . » 280
Sintomi mentali delle malattie somatiche » 274
Specialità medicinali: contro l'abuso delle — . . . . » 288
Stupefacenti: la legge contro il commercio abusivo degli — . . . . . . » 287
«Treponema pallidum»: ricerca mediante la puntura delle linfoglandole e dei tessuti . . . . » 273
Trichobezoar: intervento . . . . . . » 281
Tumore centrale e pressione del liquido cefalo-rachidiano . . . . » 282
Tumori del testicolo . . . . » 278
Vizio cardiaco da insufficienza delle valvole polmonari . . . . » 281

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

 ***Altre recentissime pubblicazioni:***

PROF. CARLO BASILE Diplomato in medicina tropicale al Royal, College of Phisicians y Surgeons - Londra
Libero docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma

Diagnostica delle malattie parassitarie

prefazione del prof. **VITTORIO ASCOLI** - Direttore della R. Clinica Medica di Roma.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del "Policlinico,, di pag. XII - 262, stampato su carta semipatinata, con 18 Tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. **33**. Per i nostri abbonati sole L. **28** in porto franco e raccomandato.

Dott. Prof. ACHILLE CAPOGROSSI
Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma - Medico Primario e Direttore dell'Ospedale Civile «Mazzoni» di Ascoli Piceno

Concetti e Diagnostica della Tisi iniziale

Un volume in-8 di Pag. IV-83 nitidamente stampato su carta distinta, con elegantissima copertina, prezzo L. **12**. Per i nostri abbonati solo L. **8.50** in porto franco.

Prof. dott. LEONARDO DOMINICI

Libero docente di Patologia Chirurgica, di Clinica e Medicina Operatoria nella R. Università, aiuto on. nella R. Clinica Chirurgica e Chirurgo Primario negli ospedali di Roma.

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume di pag. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure, molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo.

In commercio **L. 42.** Per i nostri abbonati sole **L. 35** in porto franco e raccomandato. Inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, n. 14 - Roma.

Prof. ALFREDO RUBINO

Semiotica Medica

(3ª edizione completamente rifatta ed arricchita di nuovi capitoli e di nuove figure esplicative).

SOMMARIO: **Parte generale. - Esame generale dell'ammalato.** - Parte speciale: **Esame dell'apparato respiratorio. - Esame dell'apparato cardio-vascolare. - Esame degli organi addominali. - Esame del sistema nervoso. - Compendio di chimica e microscopia clinica. - Indice alfabetico.**

Un volume in-16, elegantemente rilegato in piena tela, di pagine XV-633. In commercio **L. 15** più le spese postali di spedizione e di imballaggio.

Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. 14.60 franco di porto

PROF. COMM. GIACINTO QUARTA
GIÀ MEDICO AIUTO NEGLI OSPEDALI RIUNITI, LIBERO DOCENTE DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Come si assiste un malato?
Come si soccorre un ferito?

Guida pratica per infermieri ed infermiere.
Terza edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata, con 104 figure intercalate nel testo.

Prefazione dell'autore:

Sollecitato da varie parti alla ristampa del mio volumetto «Vademecum dell'Infermiera» mi sono accinto di buon grado a rivedere il lavoro.

Ho creduto utile di modificarlo in alcune sue parti, e di aggiungere, *ex novo*, alcuni capitoli, che possono maggiormente interessare. L'alcoolismo, la sifilide, la tubercolosi sono le tre grandi piaghe dell'umanità, e mi è parso utile dare un certo sviluppo alla conoscenza di queste calamità per poterle meglio prevenire e curare.

Sono nozioni che non hanno alcuna pretesa di novità, e che ho voluto esporre in modo piano e facile, perchè possano venire comprese da tutti.

Ho pure voluto aggiungere un capitolo sulle più comuni malattie, proprie dell'infanzia, con il che mi pare si completino le poche nozioni già esposte nella precedente (seconda) edizione sull'igiene e sulla alimentazione della infanzia medesima.

Mi pare perciò che questa nuova edizione possa meglio intitolarsi: *Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito?* (Guida pratica per infermieri ed infermiere).

Possa il nuovo volume ottenere la stessa fortuna, la stessa rapida diffusione dei precedenti. Sarò comunque grato a quanti vorranno leggerlo ed utilizzarlo nelle purtroppo frequenti contingenze di infermità nella vita.

Roma, ottobre 1922. GIACINTO QUARTA.

Un volume, nel formato della Collana Manuali del «Policlinico», di pag. VIII-327, con 104 figure intercalate nel testo; in commercio L. **18.** Per i nostri abbonati sole L. **14.75** in porto franco e raccomandato.

Inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

ANNO XXX Roma, 5 Marzo 1923 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lezioni: D. Taddei: Esiste l'appendicite cronica fin dal suo inizio?

Lavori originali: O. Cantelli: Intorno al « Fenomeno degli occhi di bambola ».

Osservazioni cliniche: P. A. Meineri: Sopra un caso di diabete mellito sifilitico.

Sunti e rassegne: MEDICINA: Cammidge, Cairns ed Howard: I medicinali usati nel diabete mellito. — CHIRURGIA: Michon: Contributo allo studio della trapiantazione ossea applicata alla riparazione dei metacarpi e delle falangi.

Notizia bibliografica.

Accademie, Società mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sistema respiratorio: Respirazione nasale e tubercolosi polmonare. — La febbricola tubercolare benigna interminabile a manifestazioni pleuriche. — Il cloruro di calcio nella cura dei versamenti tubercolari delle sierose. — I paradossi della sinfisi pleurica. — Sull'asma bronchiale. — Asma bronchiale e polmoniti pregresse. — Trattamento della polmonite acuta e della broncopolmonite influenzale. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Origine del liquido cerebro-spinale. — POSTA DEGLI ABBONATI.

Politica sanitaria e giurisprudenza: Le nuove norme per le pensioni. — La tutela ingienica del lavoro. — Per le opere igieniche. — Questioni pratiche.

Nella vita professionale: Verso una maggiore chiarezza e sincerità per le assicurazioni obbligatorie contro le malattie. — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Medicina sociale: Per la destinazione degli avanzi nei Consorzi granari nell'assistenza dei tubercolotici.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LEZIONI.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PISA.
Prof. DOMENICO TADDEI, direttore.

Esiste l'appendicite cronica fin dal suo inizio?

(Lezione clinica tenuta dal prof. DOMENICO TADDEI il giorno 27 gennaio 1923, raccolta dal dott. CESARE ROMITI, assistente).

Il caso clinico che vi presento quest'oggi, si presta a considerazioni di critica clinica di una certa importanza.

Riferisco la storia: Si tratta di un giovane di 35 anni, tale P. Alessandro, di professione colono, domiciliato a S. Donato, coniugato, entrato nella nostra Clinica il giorno 23 gennaio 1923.

Ci racconta il paziente che da circa una diecina di anni ha cominciato a soffrire di senso di peso e dolorabilità nella metà inferiore dell'addome, e specialmente nel quadrante inferiore destro. Non sembra che questi dolori avessero un rapporto diretto coi pasti; insorgevano a distanza varia da questi e si mantenevano per qualche ora o anche per alcuni giorni. A periodi di benessere di parecchi giorni ed anche di mesi, si alternavano periodi con i fatti dolorosi sopradetti. Questo senso di peso e dolorabilità del basso ventre insorgevano più specialmente se il paziente stava qualche giorno senza beneficio del corpo e cessavano o si attenuavano molto coll'uso di purganti.

Non è mai insorta temperatura febbrile.

Il paziente per consiglio di sanitari si è recato ripetutamente alle terme di Montecatini, traendo ogni volta gran vantaggio dalla cura con tali acque.

Tre mesi addietro il paziente venne colto da dolori più intensi del solito, nel quadrante inferiore destro dell'addome, non accompagnati da vomito, nè da febbre; i dolori si mantennero per un paio di giorni con periodi di maggiore e minore intensità, poi gradatamente scomparvero. Il sanitario ricorse dapprima all'uso di vescica di ghiaccio sostituita successivamente da applicazioni calde sulla regione iliaca. Da allora i dolori non si sono più presentati così intensi; residua un senso di peso

nella regione iliaca destra, sensazione che si fa più molesta alcune ore dopo l'ingestione dei cibi; il paziente avverte anche che la parete addominale in questa regione è talora più sporgente che dal lato opposto.

L'alvo è assai stittico, sì che il malato ricorre spesso all'uso di purganti; insorgono ogni tanto periodi diarroici; in questi periodi il senso di peso o la dolorabilità scompaiono o si attenuano notevolmente. A volte con le feci si ha emissione di muco e sangue scuro, specie nei periodi di maggior stitichezza. Il paziente prova sollievo ai suoi disturbi dopo emissione di gas per l'ano; avverte spesso senso di gorgoglio nella regione iliaca destra.

L'appetito si mantiene buono.

Niente a carico della minzione.

Nell'anamnesi personale da notare che il paziente dieci anni addietro soffrì di pleurite secca destra con lievi rialzi termici, che scomparvero in una diecina di giorni. Nessuna malattia venerea.

Sette anni addietro ebbe il tifo.

Nell'anamnesi famigliare: una sorella venne operata una diecina d'anni addietro di appendicectomia, soffrendo di disturbi simili a quelli del nostro paziente; detti disturbi permangono tuttora nonostante l'operazione. Altre tre sorelle e cinque fratelli soffrono di disturbi intestinali presso a poco simili, cioè stitichezza alternantesi con periodi diarroici, senso di peso al basso ventre.

L'esame obbiettivo del paziente ci offre dati assai limitati: Uomo di colorito pallido, magro, con muscoli abbastanza sviluppati. Nulla esiste a carico dei vari organi ed apparecchi all'infuori di lievi residui di pleurite che si ascoltano a destra. Vi dirò che è stata praticata la radiografia del torace che ha messo in rilievo la presenza di ghiandole peribronchiali tubercolari.

L'esame dell'addome ci fa rilevare che il ventre è modicamente meteorico. Si nota all'ispezione nella regione ileo-cecale una sporgenza elastica, la palpazione della quale ci dà l'impressione di qualche cosa di cilindrico che sfugge sotto le mani che palpano. Del resto non si apprezzano zone di particolare resistenza. La palpazione inoltre fa sentire gorgoglio nella fossa ileo-cecale e si risveglia vivo dolore nel classico punto di Mac Burney. Però esiste una dolorabilità anche nella porzione bassa della fossa iliaca e in alto fin verso l'arco costale.

L'esame delle urine è stato completamente negativo: urine limpide, di colorito normale, reazione acida, densità 1022, urea 35.36 ‰. Albumina e glucosio assenti. Niente all'esame microscopico del sedimento.

L'esame del sangue ha dato 7200 globuli bianchi. Formula leucocitaria normale. Globuli rossi 4,128,000.

Il problema che ci dobbiamo porre nello studio del caso clinico suddetto è molto interessante, e cioè: Questo ammalato, che è stato trattato fin'ora ed inviato a noi come un appendicitico per essere sottoposto all'intervento operatorio di appendicectomia, deve essere considerato veramente un appendicitico o no? Si tratterebbe qui di un appendicitico cronico?

Ora bisogna fare una distinzione.

In questo caso non si può parlare di appendicite cronica a forma recidivante o a ricadute o di quella conseguente ad un solo attacco acuto.

La sintomatologia esclude che gli attacchi dolorosi riferiti dal nostro paziente fossero tipiche coliche appendicolari.

Vero è che il paziente tre mesi or sono ebbe un attacco doloroso di qualche intensità. Ma nonostante che noi non abbiamo assistito allo svolgersi di tale quadro morboso, i dati raccolti ci autorizzano di escludere che si sia trattato di colica appendicolare. La mancanza di febbre, l'assenza di vomito, il carattere del dolore sofferto non parlano in favore di un attacco acuto di appendicite. L'infermo inoltre ci riferisce che l'addome era trattabile, che non fu apprezzato un piastrone, ecc., ecc.

Onde considerando tali fenomeni in rapporto ad una lesione dell'appendice bisognerebbe pensare all'appendicite cronica fin dal suo inizio, senza coliche.

Esiste questa forma di appendicite? Per poterlo affermare occorre la dimostrazione anatomo-patologica. Io credo che si possa ormai affermare che tale dimostrazione manca.

Il capitolo riguardante l'appendicite è stato svolto principalmente dai chirurghi, i quali al tavolo operatorio hanno potuto constatare le lesioni appendicolari ed interpretare il giusto significato loro nelle sindromi cliniche che una volta erano interpretate come tiflite, tiflite stercoracea o come altre lesioni del segmento ileocecale.

Giustamente entrano tra le appendiciti croniche quelle forme, nelle quali al tavolo operatorio si riscontrano lesioni appendicolari evidenti: aderenze periappendicolari, tumefazione dei gangli linfatici; ma questi reperti si hanno solo quando si operano a freddo individui che hanno sofferto in precedenza di uno o più attacchi acuti di appendicite. Questi casi vanno certamente esclusi dall'appendicite cronica fin dall'inizio.

Alcuni chirurghi, specie nel passato, hanno abusato ed abusano delle diagnosi di appendicite e del relativo intervento operatorio. Molte volte è accaduto ed accade di trovarsi di fronte ad appendici, le quali o si presentano

macroscopicamente normali o presentano lesioni sulle quali tornerò tra poco, alle quali non può non essere imputabile la sintomatologia clinica, che aveva condotto alla diagnosi ed all'indicazione operatoria.

Ma una volta che il paziente è stato laparotomizzato, l'appendice è lì, facile ad essere estirpata e tanto più facile quanto più è normale. Il chirurgo ha modo di condurre a termine regolarmente l'intervento e a scusa di questo e a spiegazione della fenomenologia clinica si invoca o la lunghezza o la piccolezza dell'appendice, oppure la presenza di un calcolo fecale o perfino anomalie del meso, ecc. Quando i fatti macroscopici erano o sono insufficienti ad ogni logica spiegazione si è ricorsi alle alterazioni microscopiche, contro le quali si sono scagliati Cornil e Dieulafoy.

Le lesioni che sono state descritte in questi casi (ipertrofia dei follicoli linfatici, sclerosi, emorragie) sono reperti comuni a trovarsi nelle appendici normali, di individui che non hanno presentato sintomatologia appendicolare.

In questo modo si è venuta creando la diagnosi di appendicite cronica senza precedenti acuti.

Ma in questi casi accadeva ed accade di frequente ai chirurghi, che non si preoccupano dell'esattezza della diagnosi e delle definitive e sicure guarigioni degli operati, come nel caso della sorella del nostro paziente, che tolta la presunta causa, i fenomeni dolorosi ed i disturbi persistano invariati.

Il chirurgo coscienzioso che sa come i non guariti diventino non solo nemici suoi personali, ma nemici della chirurgia benefattrice, ha cercato di studiare meglio il problema importante.

Portando la sua osservazione più accurata, non contentandosi della piccola incisione laparotomica appena sufficiente per l'estirpazione di appendici libere e senza lesioni, ma praticando laparotomie più ampie, con le quali sia possibile l'ispezione di tutto il segmento ileo-cecale, e degli organi addominali, si è accorto che i fenomeni morbosi presentati da questi pazienti non erano da riferire all'appendice ma ad organi vicini. Così lesioni della cistifellea, lesioni della salpinge od ovarici, lesioni renali, postumi di peritoniti. Alcune volte i disturbi sono imputabili a lesioni del ceco, sia perchè esso si trova spostato (ptosi del ceco) sia perchè esso gode di una abnorme mobilità per la lunghezza del suo meso (ceco mobile). Altre volte il ceco, il colon o l'ileo ed anche l'appendice sono mantenuti fissi ed in posizione anormale per formazioni di membrane sia congenite (membrane di Jackson con numerosi tipi e varietà sulle quali ho già in varie pubblicazioni richiamata l'attenzione), membrana di Lane (Lane's King), sia infiammatorie dovute a tiflo-coliti pregresse od in atto.

In queste forme dunque tutto un gruppo di lesioni del tratto ileo-ceco-colico ascendente e trasverso, o lesioni di organi di vicinanza sono quelle che ci spiegano la sindrome clinica.

Una forma poi che può svolgersi insieme a queste o indipendentemente da tali reperti anatomici è la colite diffusa o localizzata a tratti del colon (ceco, colon ascendente, trasverso, sigma, ecc.).

Noi possiamo avere delle coliti croniche catarrali o mucose, pseudo membranose, ulcerose, emorragiche, polipose e delle coliti secche, spastiche, le quali si manifestano clinicamente col sintoma fondamentale della stipsi cronica, con o senza qualche diarrea intercorrente, ma senza emissione di muco, sangue, pseudomembrane, ecc.

Tutte queste forme dànno clinicamente una sintomatologia simile, che io ho descritto in lezioni tenute l'anno scorso sulla stipsi considerata dal punto di vista chirurgico e pubblicate sul « Policlinico » Sez. pratica, n. 24, pagina 773, anno 1922.

Ora quei medici, che mettono insieme le sindromi cliniche senza tener conto dei reperti anatomici, o quei chirurghi, che vogliono giustificare operazioni, non giustificate dall'osservazione diretta delle lesioni, hanno riunito un quadro patologico, che in parte è quello dovuto alle lesioni sopraaccennate, in parte ad affezioni di organi vicini o lontani dal tratto ileoceco-colico.

Studiamo un po' il quadro della cosidetta appendicite cronica d'emblée.

Il primo sintoma sul quale s'insiste è il dolore, che si risveglia con la palpazione nel punto di Mac Burney od in uno degli altri punti appendicolari (Lang, Monro, Morris, ecc.), che come è noto corrisponderebbero al punto di inserzione dell'appendice sul ceco, inserzione che, come si sa, può variare normalmente nei varii individui.

Il nostro caso, su questo dato, è di una dimostratività molto evidente. La storia clinica ci dice che fu riscontrato dolore vivo alla palpazione nel punto di Mac Burney ed infatti potete constatare che basta la semplice pressione nel punto di mezzo della linea spino-ombelicale destra per risvegliare nel paziente una

dolorabilità molto spiccata. Questo dato non basta a far etichettare la lesione presentata dal nostro paziente per appendicite cronica e consigliargli l'intervento operatorio. Infatti la stessa manovra palpatoria praticata sotto il controllo radioscopico ci ha dimostrato, tra l'altro, che in questo caso il ceco è mobile e spostato nel piccolo bacino, onde l'appendice viene a trovarsi molto in basso dietro al pube. La pressione su questo punto è assolutamente indolora. Il dolore nel cosidetto punto di Mac Burney nel nostro ammalato non è l'indice di una dolorabilità dell'appendice, ma corrispon de al colon ascendente. Del resto l'esame più accurato del paziente ci mostra anche che non solo si risveglia dolore nel punto suddetto, ma è possibile risvegliare dolore palpando il colon ascendente in tutta la sua estensione.

Il dolore quindi non è un sintoma, che di per sè stesso sia sufficiente a giustificare una diagnosi di tal genere, tanto più se non è controllato radiologicamente.

Non vi parlo poi di quelle forme che sono state descritte come appendicalgie, come pseudo appendiciti nervose, diagnosi molto delicate e discutibili anche in soggetti nevropatici, di individui isterici o in taluni che mostrano quasi un'appendicitofobia, sorta quasi sempre dopo esiti gravi di appendicite in parenti, amici, conoscenti.

Altro sintoma che è stato descritto nella cosidetta appendicite cronica è la presenza di febbricole, particolarmente serotine, oscillanti da 37°.4 a 38°. Il medico che dall'esame generale negativo, dalle indagini varie praticate (esame del sangue, tifo, paratifo, maltese, cutireazioni varie) non riesce a rendersene conto, unisce il sintoma febbricolo alla dolorabilità del punto di Mac Burney ed espone la diagnosi di appendicite cronica.

Non riescirà difficile visitando accuratamente e completamente questi ammalati trovare lesioni in altri organi, come nell'apparato respiratorio infiltrazioni delle ghiandole peribronchiali, o lesioni apicali iniziali (plessicamente od acusticamente di difficile apprezzamento) dimostrabili invece talora radiograficamente, oppure riconoscere una di quelle lesioni del tratto ceco-colico pure spesso solo radiologicamente constatabili, che mantengono una stasi intestinale per spiegare con maggior fondamento e il dolore locale e la febbre.

Io sono d'avviso che, se non si riesce a mettere in evidenza alcun fatto che possa spiegare questi lievi rialzi termici, è molto più sincero non porre una diagnosi ipotetica di appendicite cronica ed affermare la propria impossibilità diagnostica.

Anche a me è capitato d'intervenire su individui di questo genere ed ho trovato l'appendice sana, con reperto macro e microscopico perfettamente negativo, e quando mi sono limitato a praticare la semplice appendicectomia quando l'esperienza mia ancora non era quella che mi ha spinto in tali casi dubbi ad una ricerca laparotomica esplorativa più estesa, di osservare che nei malati persistevano i disturbi (febbricola compresa) contro i quali si era intervenuti.

Si è parlato anche di sindromi riflesse legate all'appendicite cronica. Ho già accennato ai disturbi di vicinanza: epatici, ovarici, renali e vescicali, i quali spesso sono dovuti invece che a fenomeni riflessi a vere e proprie lesioni.

Così si sono descritte sindromi gastriche di origine riflessa, sono state descritte perfino ematemesi e melena in rapporto all'appendicite cronica. È noto che non sia infrequente l'associazione di ulcera gastrica ed appendicite acuta; io credo pertanto che l'ematemesi verificatasi nel corso della cosidetta appendicite cronica fin dall'inizio sia da attribuirsi a lesioni gastriche vere e proprie piuttosto che a riflessi nervosi.

Nel campo dei fenomeni riflessi, indicati col nome complessivo di vagotonia appendicolare sono stati descritti inoltre fenomeni riflessi cardiaci consistenti in bradicardia, palpitazione, ecc., sono stati descritti fatti broncopolmonari (asma appendicolare, ecc.). È stata perfino descritta una particolare maschera appendicolare data da pallore della parte inferiore del viso con cerchio cereo attorno alla bocca.

Tutti questi fenomeni sono facilmente spiegabili sia con processi flogistici ceco-colici, sia con la stercoremia cronica dovuta alla stasi intestinale dipendente dalle numerose condizioni, che sopra ho accennato, piuttosto che lesioni ipotetiche e dubbiamente microscopiche dell'appendice.

Rimanendo alla sindrome gastro-intestinale bisogna riconoscere che in questi pazienti capita spesso di riscontrare disturbi intestinali come diarree, diarree mucose, oppure stitichezza ostinata, o periodi di diarrea alternati alla stipsi. Per lo più sono individui nervosi, di condizioni generali scadenti, nei quali si osserva un dimagramento notevole, con pallore del viso. I disturbi intestinali sono accompagnati da dolori per lo più non solo diffusi al

punto di Mac Burney, ma anche sull'ambito colico.

Il concetto diagnostico deve essere basato in questi casi sopra un esame clinico il più accurato possibile, ricercando i fatti che possono spiegare la sintomatologia, che possono renderci conto delle febbricole e di tutti gli altri fenomeni, dei quali non si può accusare l'appendice.

Nelle appendiciti acute è noto come si riscontri leucocitosi (segno di Curschmann) fatto importante in quanto esso ci dimostra come più notevole è la leucocitosi tanto maggiormente ci si avvicina alla forma suppurativa.

La leucocitosi riscontrata nelle forme di appendicite cronica avrà bisogno di una spiegazione diversa che andrà caso per caso ricercata. Così ad es. si potranno trovare forme di leucocitosi digestiva o più frequentemente leucocitosi da tubercolosi, quando si avrà predominio dei mononucleati.

Chi pratica l'esame radiologico accurato di tali ammalati non ambulatoriamente ed affrettatamente, ma con osservazioni diligenti ripetute e protratte, trova spesso di dover eliminare la diagnosi di appendicite cronica. L'esame radiologico ha una grande importanza in questi ammalati sia per constatare lesioni iniziali polmonari, sia per vedere le condizioni dell'apparato gastrointestinale e le particolarità che esso può dimostrare sia anatomiche che funzionali (contrazioni gastriche, peristalsi intestinale, ritardo nel riempimento, ritardo nello svuotamento, insufficienza della valvola ileocecale, esistenza di ptosi di fissità di aderenze, disposizione a canna di fucile, ecc., ecc.).

L'esame radiologico, che è il mezzo diagnostico più sicuro, in questi infermi deve essere praticato lentamente e completamente. Sarà dato il pasto bismutato o di bario per bocca, aspettando che esso arrivi per progressione intestinale al ceco ed al colon, evitando di dare, per ottenere lo stesso scopo, il clistere di soluzione opaca ai raggi, per impedire abnormi distensioni artificialmente prodotte, ed avendo così il mezzo di controllare un eventuale ritardo di progressione, l'insufficienza della valvola ileo-cecale, ecc., tutte le condizioni insomma che possono spiegare queste sindromi.

Inoltre come nel caso nostro potremo avere il controllo sulla esatta sede della dolorabilità. Nel nostro ammalato, nel quale già la storia: pleurite pregressa, stipsi, diarree alternate, assenza di febbre, di coliche, e l'esame clinico (dolore diffuso, sensazione di cuscinetto dato dal colon disteso, gorgoglio alla palpazione, miglioramento dei disturbi dopo emissioni di gas o di feci, ecc.) facevano escludere l'appendicite, facilmente potremo escludere anche una quantità di altre ipotesi.

Il controllo radiologico poi nel nostro caso ha fatto crollare l'ipotetico edificio dell'appendicite cronica, giacchè il sintoma fondamentale, il dolore del punto di Mac Burney, indicava soltanto dolorabilità al colon ascendente, ma ci ha dimostrato una lentezza di riempimento ed uno stato spastico, che riesce facile riconoscersi dalla radiografia che vi presento.

Nel nostro ammalato possiamo spiegare i fatti che esso presenta con le lesioni dell'apparato ileo-ceco-colico ascendente. Infatti i dati che abbiamo raccolto sono più da riferirsi alla stasi cronica, legata a particolari condizioni dell'intestino, piuttosto che ad altre lesioni. Che esista colite è evidente dalla fenomenologia. Nel nostro ammalato il quadro morboso data da molti anni. Ed infatti è necessario che la stipsi per determinare fatti di una certa importanza e provocare una stercoremia cronica duri da molto tempo. La stipsi poi è la causa di fatti infiammatori locali rilevabili col dolore, e di fatti tossici generali da assorbimento di materiale fecale ristagnante. In questa storia infatti si trova il fatto stitichezza collegato al fenomeno dolore, ed il vantaggio dei purganti e della emissione di gas. La tumefazione che il malato nota nella regione ileo-cecale non è altro che l'espressione di distensione meccanica del ceco, altro fatto, come del resto tutti i sintomi intestinali, non spiegabili colla semplice appendicite cronica.

Ho già detto come nel nostro ammalato la pregressa pleurite ci faccia pensare a lesioni tubercolari, confermate dal reperto radiografico del polmone; non si può escludere quindi in maniera categorica che un processo specifico abbia contribuito a determinare fatti infiammatori colici. Non meno importante a questo ultimo riguardo è il dato riferito dall'anamnesi familiare; in questa famiglia altri 5 fratelli e tre sorelle soffrono di disturbi simili, i quali fanno pensare che esistano condizioni congenite.

Che cosa dobbiamo dire riguardo alla cura di queste forme? Molte di esse sono passibili di una cura chirurgica. Così quando si abbiano membrane, che determinano angolature, strozzamenti, ecc., ecc., sarà indicato procedere alla plastica delle membrane pericoliche secondo la tecnica da me descritta. Anche la colite stessa può essere trattata chirurgicamente con l'esclusione del tratto del colon ammalato mediante entero-anastomosi laterale. I

chirurghi americani sono arrivati addirittura all'asportazione di tutto il colon in casi di coliti intense, ma a me sembra che questa operazione sia eccessiva.

Limitarsi alla sola appendicectomia è inutile. In queste forme non è da escludere che qualche volta anche l'appendice sia interessata, e quindi una volta che sia praticata la laparotomia, l'appendicectomia è da ritenersi conveniente, non portando grande complicazione all'operazione, nè prolungando di molto la durata dell'intervento. Vero è che è stata descritta una funzione peristaltica dell'intestino, ma tale funzione appendicolare deve essere messa in dubbio. A questo proposito ricorderò come uno studio comparativo fatto da De Quervain sulla funzione intestinale di appendicectomizzati e di soggetti operati di ernia ha dimostrato come la funzione intestinale sia meglio conservata nei primi che non in questi ultimi, i quali avevano sempre la loro appendice normale.

L'indicazione esatta sarà data quindi caso per caso dallo studio clinico e specialmente dal reperto radiologico, ricordandosi di praticare laparotomie ampie esplorative per poter provvedere ad eventuali lesioni di organi vicini.

Nel caso particolare noi dovremmo concludere per la diagnosi di tiflocolite ascendente in individuo con ptosi del ceco mobile.

Controindicato è l'intervento diretto a praticare la semplice escissione dell'appendice. Date le difficoltà di cura chirurgica della ptosi cecale, credo invece conveniente istituire una cura medica: dieta, atropina, cura generale (jodio ed arsenico) tenuto conto anche della coesistente localizzazione tubercolare, tanto più che non si può escludere che della stessa natura siano anche le lesioni colitiche.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Intorno al " Fenomeno degli occhi di bambola ,,.

(Seconda nota)

Prof. ORESTE CANTELLI
libero docente di patologia speciale medica.

(*Continuazione e fine; v. n. 9*).

Sull'interpretazione del meccanismo patogenetico del «fenomeno degli occhi di bambola». — Nell'interpretazione del « Fenomeno degli occhi di bambola » io ho precedentemente ammesso l'ipotesi che, interrotto in qualsiasi punto l'arco riflesso degli abbassatori dello sguardo, lo stimolo, trovando impedita la sua via normale, si riversasse per la via opposta integra, producendo il «Fenomeno degli occhi di bambola» nel senso d'innalzamento dei bulbi oculari. Ora dato che l'occhio, qualora potesse ubbidire esclusivamente alla gravità, dovrebbe muoversi nel senso opposto al movimento del capo, appare più facile l'interpretazione del fenomeno, poichè, per l'interruzione appunto delle vie abbassatrici dello sguardo, esso sarebbe già sollecitato a portarsi, durante il movimento di flessione del capo, verso il tetto dell'orbita, e, verso il pavimento, nel successivo movimento di estensione. Tuttavia, mancandomi la riprova sperimentale dei fatti, poichè non sono riuscito a riprodurre il fenomeno negli animali, e perchè non sarebbe logico giungere alle estreme illazioni in seguito all'osservazione fatta in un esperimento in cui il globo oculare è stato messo in condizioni ben differenti da quelle secondo le quali si riscontra nell'orbita, non credo opportuno, almeno pel momento, fare asserzioni troppo recise.

Schuster, il quale ha descritto un suo caso speciale di paralisi dello sguardo in basso, in cui però mentre era abolita totalmente la capacità di fissare, era conservata quella di seguire un oggetto moventesi dal campo visivo superiore a quello inferiore, ed in cui durante la flessione del capo si aveva un innalzamento dello sguardo (verso muscoli sani) e durante l'estensione un abbassamento (verso quindi i paralizzati) e tanto più evidente, dopo aver portato un oggetto nel punto centrale del campo visivo, quanto maggiormente si estendeva il capo, ricorre per la spiegazione del fenomeno da lui osservato ad uno speciale modo di vedere. L'A. infatti emette queste due ipotesi: 1) l'elevazione dei bulbi durante la flessione del capo sarebbe dovuta ad un ipertono dei muscoli elevatori

integri (quindi in caso, secondo il mio modo di vedere, pseudo-fenomeno degli occhi di bambola nel senso d'innalzamento): 2) il muoversi dei bulbi verso i muscoli paralizzati sarebbe dovuto all'abolizione dei movimenti volontari, di modo che essi rimanendo senza guida, eseguirebbero i movimenti dissociàti.

Ora data la prima ipotesi, ne conseguirebbe che in ogni paralisi dello sguardo, o per lo meno assai frequentemente, si dovesse riscontrare il fenomeno di dissociazione a favore dei muscoli integri, e, data la seconda una dissociazione a favore dei muscoli volontari paralizzati. Però io ho già innanzi tutto dimostrato che il fenomeno può verificarsi rimanendo integre le vie volontarie, tanto a favore dell'una quanto a favore dell'altra via oculare, sia che lo si cerchi per mezzo dei movimenti attivi sia che lo si ponga in evidenza per mezzo dei movimenti passivi. Inoltre, la ricerca per la quale, fissando un oggetto si poneva nettamente in evidenza la dissociazione dei movimenti, (abbassamento dello sguardo durante l'estenzione del capo) rientra, secondo me, nel quadro di quella da me chiamata dissociazione volontaria, dimostrando che, essendo conservato uno speciale movimento di fissazione, quello precisamente in rapporto colla visione, non tutte le vie volontarie erano lese. Del resto l'A. stesso afferma che le vie semivolontarie retiniche si potevano considerare integre. Infine, il seguente caso di paralisi dello sguardo in basso in cui erano distrutte e le vie volontarie e quelle semivolontarie retiniche, e nel quale si notava, nonostante una chiara ipertonia degli elevatori, tanto che i globi oculari erano portati nettamente in alto, sino all'estremo limite compatibile col movimento, la presenza dei movimenti associati del capo e degli occhi, contraddice senz'altro alle ipotesi di Schuster.

M. F. d'anni 64, muratore. Nel 1918 cominciò ad accusare una certa difficoltà nella deambulazione e nel pronunciamento della parola, accompagnati da un certo grado d'indebolimento della vista. Nega la lue e nega d'essere stato bevitore. Wassermann negativa. Nulla da parte del liquido cefalo-rachidiano. Nulla da parte del fondo dell'occhio. Quand'io, nell'ottobre 1921, ebbi occasione di vederlo, riscontrai: ipotrofia dell'eminenza tenar ed ipotenar più spiccata a destra, senza reazione degenerativa. La prensione d'un bicchiere e l'atto di toccare col calcagno destro il ginocchio sinistro ricordava l'atassia cerebellare. Esisteva una spiccata ipotonia delle masse muscolari di tutti gli arti. Riguardo ai riflessi si riscontrava: a destra; accenno al fenomeno del ventaglio; flessione dorsale delle dita ottenuta colla manovra di Oppenheim. Nella deambulazione, il paziente tende a portare la gamba sinistra davanti alla destra, quasi volesse incrociarla di modo che il cammino è notevolmente impedito e l'infermo si presenta assai titubante. I bulbi oculari sono ruotati spiccatamente in alto ed un po' all'esterno e non possono fissare un oggetto posto del campo visivo inferiore, nè guardarsi la punta del naso, nè seguire un oggetto che si muova dal campo visivo superiore a quello inferiore. Può seguire un dito nei movimenti di lateralità, quantunque i bulbi non giungano sino ai massimi limiti e diano origine a scosse di nistagmo orizzontale.

Quando il paziente fletta il capo, sia in modo attivo, sia in modo passivo, si nota che, in un primo momento, i bulbi rimangono immoti in alto, mentre in un secondo tempo cadono lentamente in basso. Quando da questa posizione si riporti il capo in alto, gli occhi risalgono piuttosto rapidamente. Quando dalla posizione verticale si porti il capo, o attivamente o passivamente in estensione si ha, a causa dell'innalzamento della palpebra superiore, l'impressione che i bulbi tendano a ruotare in basso; mentre in realtà rimangono immoti. Tale immobilità è dovuta all'ipertonicità degli elevatori che li hanno trascinati sino all'estremo limite del movimento. Sembra pertanto dimostrato: 1) l'ipertonia del gruppo muscolare opposto a quello paralizzato non impedisce il movimento associato; 2) il gruppo muscolare ipertonico potrà quindi dare chiaramente il fenomeno degli occhi di bambola nel senso d'innalzamento solo quando le fibre dell'arco riflesso ai movimenti opposti siano in un qualsiasi punto distrutte; 3) le fibre volontarie animatrici dei movimenti associati dell'occhio, non sono rappresentate, come ho ricordato anche nel precedente lavoro, dalle fibre dei movimenti volontari oculari ordinari. Perciò non è sufficiente la paralisi di tali fibre volontarie comuni per aversi il «fenomeno degli occhi di bambola». E siccome ho fatto notare che in tutti i casi di lesione di una delle due vie associatrici si ha il «fenomeno degli occhi di bambola» a favore della via integra, in modo che il movimento dei globi oculari sembra ubbidire alla legge di gravità, così nel caso di Schuster, in cui durante la flessione del capo gli occhi si muovevano verso i muscoli integri, si deve ammettere insieme colla paralisi delle fibre volontarie una lesione dell'arco riflesso dei movimenti associati a carico degli abbassatori.

Sulle probabili condizioni capaci di produrre il «fenomeno degli occhi di bambola» sia isolato sia associato alla paralisi verticale dello sguardo. — Trascorrendo la letteratura delle paralisi verticali dello sguardo, io ho osservato alcuni dati semejotici che si possono riconnettere colla lesione delle fibre associative addette ai movimenti verticali del capo e degli occhi. I fatti che, insieme con quelli da me messi in evidenza, debbono essere presi in considerazione, sono i seguenti:

1° «Fenomeno degli occhi di bambola» sia a favore dei movimenti associati in alto; sia a favore di quelli in basso, restando conservati in modo normale, tutti i movimenti verticali dei bulbi oculari.

2° Dissociazione dei movimenti di flessione del capo e di abbassamento dello sguardo, accoppiata colla paralisi dello sguardo in basso.

3° Abolizione dei movimenti associati verticali del capo e degli occhi, i quali, durante i movimenti di flessione ed estensione del capo, rimangono pressochè immobili, combinata colla paralisi dello sguardo in alto.

4° Limitazione di tutti i movimenti associativi verticali del capo e degli occhi combinata colla paralisi verticale dello sguardo in basso ed in alto.

Nel primo caso, ch'io vorrei piuttosto chiamare «Fenomeno puro degli occhi di bambola» per distinguerlo dal secondo cui, a parer mio, spetta piuttosto il nome di «Fenomeno degli occhi di bambola associato», io avevo ammesso (v. lavoro precedente) lesioni multiple scaglionate lungo il fascio longitudinale posteriore e ledenti o l'una o l'altra delle vie associative. Le ricerche di Muskens poi (Brain, vol. XXVI, p. 352-427, anno 1914) il quale, ledendo, sperimentalmente, le vie del sistema di Deiters nella parte interna del fascio longitudinale posteriore, ha osservato nell'animale movimenti di circo e deviazione coniugata laterale del capo e degli occhi, ci addimostrano che, almeno una lesione unilaterale del 1/3 interno del fascio longitudinale posteriore non dà il «Fenomeno degli occhi di bambola». Così pure io credo che non sia troppo ardito il dedurre, dato e concesso che l'alterazione dei movimenti coniugati oculari avviene, in simili casi, nel piano orizzontale, che neppure una lesione bilaterale portata sul 1/3 interno del fascio longitudinale posteriore possa provocare il segno in questione. In tal caso si potrà avere tutt'al più l'assenza bilaterale dei movimenti coniugati orizzontali.

Inoltre dagli studi di Freund (*Neurol. Centralblatt*, 1913) fatti sulla Clinica e sull'Anatomia Patologica della paralisi verticale dello sguardo, il quale si crede in diritto di considerare la terza parte laterale del fascio longitudinale posteriore come la parte motore di un arco riflesso adibito alla funzione dei movimenti volontari verticali dello sguardo, emanante dal nucleo di Darchewitch, pare potersi ritenere che neppure la lesione di tale fascio possa dare origine al «Fenomeno puro degli occhi di bambola». Sarebbe ora troppo ardito il dedurre che le fibre addette ai movimenti verticali associati del capo e degli occhi passino nel terzo medio del fascio longitudinale posteriore, e che quindi lesioni bilaterali totali dell'una o dell'altra via possano riprodurre il fenomeno degli occhi di bambola?

Dallo schema da me fatto appare evidente che una lesione unilaterale ledente, nel fascio longitudinale posteriore, o le fibre addette ai movimenti di flessione del capo (linee nere) o queste, insieme con quelle addette all'estensione (linee bianche), oppure una lesione bilaterale che offende da un lato le fibre addette alla flessione e dall'altro quelle addette alla estensione, non potrà mai dare origine, in causa del loro incrocio parziale, al «Fenomeno degli occhi di bambola». È chiaro quindi che il fenomeno si produrrà solo quando una delle due vie sia offesa bilateralmente e nella sua totalità.

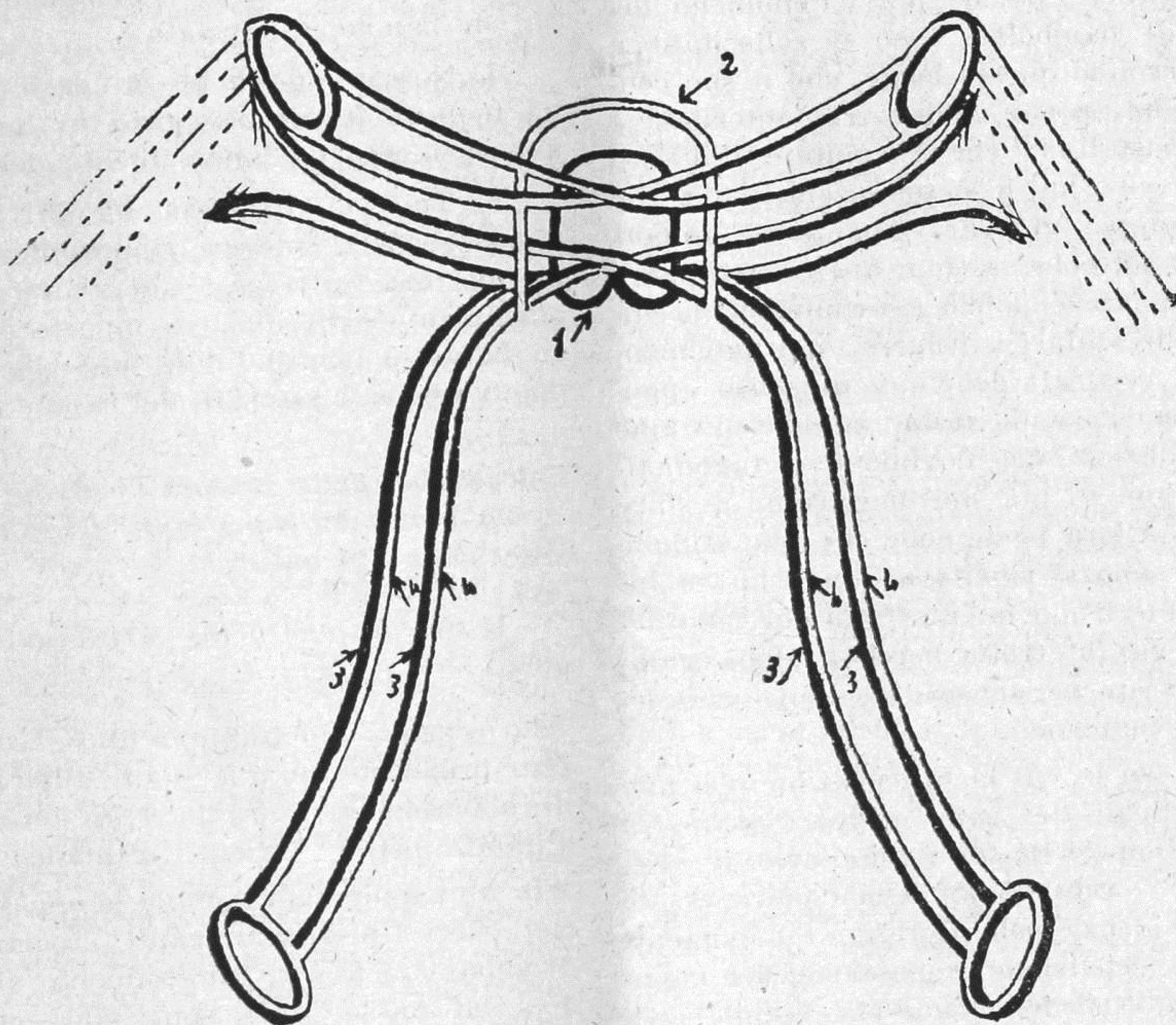
Nel secondo caso, invece, dato e concesso che le paralisi dello sguardo sono sostenute da un focolaio unico, distruggente il nucleo, secondo alcuni, le fibre, secondo altri, addette ai movimenti coniugati degli occhi, pare più logico ammettere un unico focolaio disposto in modo (V. n. 1 dello schema) che leda contemporaneamente il chiasma delle fibre (linee nere) addette ai movimenti di abbassamento degli occhi (paralisi verticale dello sguardo in basso); ed a livello del loro incrocio, e precisamente nel punto in cui le fibre dirette non si sono ancora divise da quelle crociate, le fibre (linee nere) addette ai movimenti di flessione del capo. Che se per caso il focolaio potesse colpire contemporaneamente e le fibre addette all'abbassamento dello sguardo e di quelle addette alla flessione del capo, solo le crociate, noi avremmo la paralisi dello sguardo in basso e la conservazione, per quanto potesse sembrare lento e tardivo, del movimento associato di abbassamento. Ed in tale ordine di fatti mi pare rientri appunto il caso di paralisi dello sguardo in basso da me descritto, in cui il movimento associato di abbassamen-

to del capo e degli occhi era precisamente lento e tardivo.

Nella terza combinazione, in cui sono rimaste integre solo le fibre associative pei movimenti coniugati i bulbi oculari in basso (paralisi verticale dello sguardo in alto) e distrutte le fibre per tutti e due i movimenti associativi verticali del capo e degli occhi, un focolaio unico posto nella sede n. 2 dello schema, in cui si vede la lesione delle fibre estensorie dello sguardo (linee bianche) e nel chiasma, quella totale delle fibre crociate e dirette per i due movimenti opposti associativi ci si rende ragione dei sintomi.

Nella quarta combinazione, in cui tutti i movimenti coniugati (paralisi verticale totale dello sguardo) ed associati verticali erano pressochè aboliti, poichè era conservato, ma in modo assai deficiente, solo il movimento di associazione in alto del capo e degli occhi ci si potrà rendere ragione dei segni ammettendo che un focolaio analogo al precedente abbia lasciato illese solo le vie dirette associative (linee bianche) per i movimenti di estensione del capo ed innalzamento dello sguardo.

Ad ogni modo, quantunque per mezzo dello schema da me proposto ci possiamo spiegare i fatti clinici conosciuti e comprendere perchè il «Fenomeno degli occhi di bambola puro» sia raro; e quantunque possiamo anche, volendo, prevedere fatti nuovi; pure sarà bene aspettare che luce ulteriore ci provenga dallo studio clinico ed anatomo-patologico di casi analoghi presentanti o il «Fenomeno degli occhi di bambola» puro od associato: l'assenza dei movimenti associati verticali del capo e dello sguardo, accoppiata alla paralisi verticale dello sguardo.



CONCLUSIONI.

1) Esistono due vie, clinicamente distinte, pei movimenti verticali associati del capo e degli occhi: l'una esclusivamente adibita a quelli che fanno volgere contemporaneamente il capo e gli occhi in basso; l'altra esclusivamente adibita ai movimenti opposti. Esse possono essere animate volontariamente e riflessoriamente. Nel primo caso lo stimolo parte dalla corteccia e segue una via che non è quella adibita ai movimenti ordinari volontari, almeno per quanto riguarda i movimenti coniugati verticali degli occhi, ed è differente da

quella adibita ai movimenti associativi orizzontali del capo e degli occhi (vedi anche la precedente nota preventiva).

2) I movimenti iniziali antagonistici, che animano normalmente i globi oculari al principio dei movimenti associativi verticali, tanto più evidenti quanto più rapidi sono i movimenti di flessione ed estensione del capo, tendono a far credere che l'occhio ubbidisca, in un primo istante alla legge dei gravi. Apparirebbe quindi, poichè nel « Fenomeno degli occhi di bambola » esso è sollecitato a muoversi secondo questa legge, che il suo centro di gravità, posto nella parte anteriore, e forse nel cristallino, che è appunto il mezzo rifrangente che ha il peso specifico più elevato, vi potesse giuocare una parte importante. Esso potrebbe, se non altro, coadiuvare il sistema nervoso, poichè, essendo già predisposti i globi oculari a volgersi, nei movimenti associati verticali del capo in senso opposto al movimento della testa, sarebbe più agevole la formazione del movimento antagonistico nella lesione di uno dei due gruppi di fibre associative. Allora basterebbe che uno stimolo anche lievissimo si riflettesse lungo la via integra, durante il movimento fatto dal capo nel senso della via interrotta perchè i globi oculari si muovessero nel senso del « Fenomeno degli occhi di bambola ».

3) Nel caso in cui la dissociazione dei movimenti verticali del capo e degli occhi sia dovuta a lesione delle fibre volontarie, il « Fenomeno degli occhi di bambola » potrà essere messo in evidenza solo durante i movimenti volontari di estensione e flessione del capo. Invece, quando il fenomeno sia visibile solo durante i movimenti passivi, si dovrà inferire che, con tutta probalità, la lesione risieda nella via di moto che innerva i muscoli del collo. Se, infine, il segno descritto si potrà mettere in evidenza tanto per mezzo dei movimenti volontari, quanto per mezzo di quelli passivi, allora si avrà ragione di ritenere che l'alterazione risieda nel fascio longitudinale posteriore. Da quanto oggi si conosce, e da quello che teoricamente si può dedurre, appare molto probabile, che solo la lesione di questo fascio possa produrre il « Fenomeno puro degli occhi di bambola ».

4) I due fasci possono essere lesi separatamente avendosi così e un « Fenomeno degli occhi di bambola puro » dimostrabile specialmente durante la flessione del capo ed un altro dimostrabile specialmente durante l'estensione.

5) Se per caso si avverasse, in qualsiasi modo, una lesione combinata e totale dei due fasci opposti si avrebbe immobilità assoluta dei globi oculari durante i movimenti di flessione ed estensione del capo.

Tale fenomeno si può riscontrare combinato colla paralisi dello sguardo in alto.

6) Il « Fenomeno degli occhi di bambola » nel senso dell'innalzamento dei globi oculari durante la flessione del capo, combinato colla paralisi dello sguardo in basso, è stato riscontrato una sola volta: « Fenomeno degli occhi di bambola associato ».

7) Non si conosce nessun caso di alterazione monoculare in rapporto ai movimenti di abbassamento ed innalzamento del capo.

8) Tutti i fatti messi fin qui in evidenza si possono ben spiegare riportandoci allo schema da me tratteggiato in riguardo al comportamento delle due vie opposte adibite, lungo il fascio longitudinale posteriore, ai movimenti verticali associati del capo e degli occhi.

Spiegazione dello schema ideato per lo studio combinato dei movimenti associati verticali del capo e degli occhi.

1) *Spiegazione della parte anatomo-fisiologica.*

Lo schema vuol rappresentare, come se fossero proiettate su due piani differenti, le vie di abbassamento, segnate in nero, e quelle d'innalzamento, segnate in bianco.

In alto sono state segnate le opposte vie (nuclei, fibre intercomunicanti crociate, radici) di abbassamento ed innalzamento dello sguardo. Dal basso, dove sono stati riportati in modo assai semplicistico i nuclei adibiti agli opposti movimenti del capo, traggono origine i due ordini opposti di fibre associative. Esse decorrono prima lungo il fascio longitudinale posteriore (terzo medio?), si decussano in alto e precisamente sulla linea mediana, formando così una via indiretta ed una diretta, in estrema vicinanza della decussazione delle fibre dei nuclei oculari. La via diretta si unisce senz'altro alle radici provenienti dall'oculomotore; l'indiretta invece si perde nei nuclei.

2) *Spiegazione della parte clinica.*

A) Una lesione bilaterale (3-3-3-3) schematizzata lungo il fascio longitudinale posteriore e ledente esclusivamente ed in toto il fascio addetto ai movimenti flessori del capo, provocherà per le ragioni suesposte il « Fenomeno puro degli occhi di bambola » a favore della via opposta (Cantelli: primo caso).

Una lesione identica (4-4-4-4); ma portata sul fascio adibito ai movimenti estensori del capo, provocherà un «fenomeno puro degli occhi di bambola» a favore della via flessoria: (Cantelli: caso recente).

B) Una lesione unica (Vedi n. 1 dello schema) che risieda nel chiasma delle vie adibite all'innalzamento dello sguardo, prolungantesi sul chiasma delle vie preposte alla flessione del capo e ledente in questo punto anche le fibre dirette d'ambo i lati, provocherà un «Fenomeno degli occhi di bambola» a favore delle vie innalzatrici degli occhi «associato» alla paralisi dello sguardo in basso. (Schuster).

C) Una lesione (Vedi n. 2 dello schema) che offenda contemporaneamente: *a*) il chiasma dei movimenti oculari coniugati in alto, lasciando integre le fibre per i movimenti coniugati in basso: *b*) i due chiasma dei movimenti associati verticali: *c*) le fibre dirette di questi movimenti alla loro separazione dal chiasma, provocherà la paralisi dello sguardo in alto e l'assenza di tutti i movimenti associativi verticali del capo e degli occhi. (Tre casi di Schuster).

D) Se poi il focolaio giungerà ad offendere anche il chiasma delle fibre addette ai movimenti coniugati dell'abbassamento degli occhi, si avrà un complesso sintomatologico in cui saranno aboliti contemporaneamente tutti i movimenti coniugati degli occhi e tutti i movimenti associativi verticali del capo e degli occhi. Qualora però il focolaio sia disposto in modo da lasciare integre le fibre dirette associative pei movimenti innalzatori dello sguardo ed estensori del capo, allora (2° caso di Steinert und Bielschowski, *Münch Mediz. Wochen.*, 1906) si avrà il complesso sintomatologico precedente meno l'esistenza di movimenti deboli associati in alto.

E) Infine, un focolaio che offenda le vie abbassatrici dello sguardo nel suo chiasma e leda contemporaneamente solo il chiasma dei movimenti associativi nel senso di abbassamento, produrrà la paralisi dello sguardo in basso e la conservazione dei movimenti associati verticali. Di questi, quelli in basso, si presenteranno tardivi e lenti. Quelli in alto saranno solo visibili quando non esista un'eccessiva ipertonia degli elevatori, per la quale i bulbi oculari siano trascinati in alto fino all'estremo limite del movimento. (Cantelli).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA DERMO-SIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretta dal prof. A. FONTANA, incaricato.

Sopra un caso di diabete mellito sifilitico

del dott. MEINERI PIER-ANGELO, assistente.

Ritengo cosa non del tutto inutile pubblicare un caso di diabete mellito causato dalla sifilide data la sua non grande frequenza.

Anamnesi: Uomo dell'età di anni 46. Dall'anamnesi famigliare non risultano particolari degni di nota.

Il paziente fu allattato dalla propria madre. Non sofferse di alcuna malattia nella infanzia nè nella adolescenza. A 19 anni si infettò di blenorragia che curò molto poco. La blenorragia si complicò pure con epididimite destra.

Nel dicembre del 1915 osservò sulla faccia esterna del prepuzio nella sua parte superiore una lesione ulcerosa poco dolente e contemporaneamente ingrossamento di alcune ghiandole linfatiche delle regioni inguinali. Curò la lesione con tintura di iodio e dopo circa 20 giorni ogni cosa era scomparsa. Circa due mesi dopo osservò sul tronco delle macchie piccole rosse (probabilmente roseola) e cefalee. Sofferse in questo tempo leggeri disturbi a carico dell'apparecchio respiratorio per i quali ricorse ad un sanitario. Questi lo dichiarò affetto da sifilide. Venne subito iniziata una cura antisifilitica mediante iniezioni di calomelano da centigr. cinque, cura che continuò sulla base del seguente schema: 1° anno: 2 mesi di cura seguiti da 1 mese di riposo; 2° e 3° anno: 1 mese di cura ed 1 mese di riposo; 4° e 5° anno: una serie di iniezioni in primavera ed una in autunno e cura interna di ioduro di potassio. Le iniezioni fatte furono tutte di calomelano. In tutto il tempo di cura non ebbe a soffrire di alcun disturbo.

Nel novembre del 1920 mentre stava per riprendere le iniezioni di calomelano si accorse di avere una eruzione cutanea del dorso, a quanto riferisce, pustolosa ma che non gli fu detto se sifilitica o meno. Contemporaneamente accusò malessere generale, svogliatezza nel lavoro, sonnolenza, sete intensa. All'esame delle orine si riscontrò glicosuria piuttosto rilevante. Gli furono ancora praticate nei primi mesi del 1921 quattro iniezioni di calomelano senza che avvertisse miglioramento alcuno nè che diminuisse la glicosuria. Fu sottoposto allora ad una dieta povera di idrati di carbonio, la quale ridusse il glucosio nelle orine da circa 40 ‰ fino a 2 ‰ senza però che i disturbi generali e soggettivi scomparissero. In quel tempo al contrario si aggravarono i sensi di pesantezza al capo, la stanchezza, ed un mattino quasi improvvisamente comparve un dolore lancinatorio alla regione posteriore della gamba sinistra che poi continuò sotto forma di crampi e formicolii di intensità variabile. Riprese in seguito la dieta ordinaria, non fece più cure fino al 10 ottobre del 1921 giorno in cui si presentò alla mia osservazione.

Esame oggettivo (10 ottobre 1921). — Individuo di buona costituzione generale. Colore della cute pallido tendente al terreo, mucose visibili pallide. Masse muscolari flaccide. Si palpano ghiandole linfatiche alle regioni inguinali. Gli organi interni sono normali. I riflessi pupillari alla luce ad alla accomodazione sono normali. Il riflesso patellare è presente in ambedue gli arti. Il paziente sta bene in posizione eretta anche su un solo piede ad occhi chiusi; esercita tutte le sue funzioni in modo regolare.

Le orine (circa 2000 gr. nelle 24 ore) sono limpide di color giallo paglierino tendenti al rossiccio, presentano filamenti composti di leucociti, muco e cellule epiteliali, sono acide e di peso specifico 1032. Non contengono albumina, non indacano, non urobilina, non acetone, contengono invece 44 gr. di glucosio per mille (88 gr. nelle 24 ore). La reazione di Wassermann praticata sul siero di sangue dà risultato fortemente positivo (+ + + +).

Decorso della malattia. — Iniziai subito una cura antiluetica costituita di sei iniezioni di Neosalvarsan (0,15-0,30-0,45-0,60-0,60-0,60) seguite da 15 iniezioni, di bicloruro di mercurio da ctgr. 2 a giorni alterni, il tutto nello spazio di tre mesi. Dopo le prime iniezioni i sintomi soggettivi del paziente rapidamente scomparvero cioè la sonnolenza, la stanchezza, la svogliatezza nel lavoro, la sete intensa, per modo che potè riprendere regolarmente le sue occupazioni. Nello stesso tempo la quantità del glucosio nelle orine *mentre il paziente teneva una dieta ordinaria* scese da gr. 88 giornalieri a gr. 44. Unico sintomo persistente il dolore alla regione posteriore della gamba sinistra.

Sospesa la prima cura arsenico-mercuriale feci fare una intensa cura iodica (fino a 6 gr. di ioduro di potassio pro die) per due mesi durante i quali la quantità di glucosio si mantenne stazionaria (cioè sui 40 gr. giornalieri). Riprese la cura arsenico-mercuriale per due mesi (16 iniezioni di Bijoduro di mercurio da ctgr. 2 intercalate da 5 iniezioni di Neosalvarsan 0,30-0,45-0,60-0,60-0,60) in seguito alla quale la glicosuria lentamente discese a 25 gr. giornalieri e poi a 15 ed infine nell'ultima settimana di cura bruscamente scomparve. Il paziente continuò sempre a tenere dieta ordinaria. Per altri due mesi fece una intensa cura iodica. Non comparve più glicosuria, solo si potè provocare glicosuria alimentare. Solo sintomo persistente il formicolio alla regione posteriore della gamba sinistra. La Reazione di Wassermann è ancora positiva. Riprende la cura.

Riassumendo. — Uomo di 46 anni senza nessun precedente morboso. Infettatosi di sifilide da sei anni e mezzo fu curato per 5 anni con iniezioni di calomelano. Alla fine del 5° anno della infezione sifilitica presenta glicosuria notevole, sete intensa, debolezza generale, cefalee, dolori agli arti inferiori e Reazione di Wassermann fortemente positiva (+ + + +). Istituendo una cura intensa arsenico-mercuriale subito scompaiono i sintomi generali, più tardi anche completamente la glicosuria.

Questo caso corrisponde ai quattro postulati che gli autori danno come necessari per la diagnosi di diabete sifilitico, cioè: 1° L'inizio del diabete è posteriore alla sifilide; 2° Il diabete è comparso con altre manifestazioni specifiche; 3° La cura antisifilitica ha fatto scomparire contemporaneamente i sintomi della sifilide ed il diabete; 4° La cura antidiabetica fu impotente. Siamo dunque sicuramente di fronte ad un caso di diabete mellito di origine sifilitica.

Passando in rassegna la letteratura sull'argomento si apprende che la questione del diabete sifilitico fu molte volte studiata. Da alcuni fu negato ogni rapporto tra queste due malattie, da altri fu esagerato il numero dei diabetici di origine sifilitica. Un buon lavoro d'insieme ha fatto il Troller il quale per primo ha ridotta la questione nei suoi veri termini determinando entro quali limiti il diabete si possa veramente dire sifilitico. Se corrisponde cioè ai 4 postulati sopra detti. Dopo di lui Sciarra facendo un lavoro critico su tutti i casi di sifilide e diabete pubblicati fino al 1909 ha limitato il numero di quelli che potevano veramente dirsi sifilitici (poco più di 50 dal 1857). Nel 1913 Ebstein in un capitolo del *Manuale di Malattie Veneree*, pubblicato da Finger ed altri riguardante il rapporto fra diabete e sifilide ha ancora illuminata la questione e fatto notare come veramente esista un diabete di origine sifilitica, ma come sia raro rispetto allo stragrande numero di sifilitici.

Tanto rara è questa dipendenza che quasi tutti gli autori, i quali sistematicamente cercarono nei diabetici la sifilide furono indotti a credere che mai la sifilide potesse dare il diabete.

Riporterò per esempio i pochi lavori sistematici usciti dopo il 1913. Williams su 143 diabetici solo 4 trovò con reazione di Wassermann positiva. E neppure in questi 4 casi l'autore dimostrò se la sifilide fosse in stretta relazione col diabete. Simmonds su 300 casi di diabete mellito osservò in 20 sifilide ma in 3 soli una sicura dipendenza del diabete dalla sifilide. Rosenbloom su 140 individui affetti da diabete mellito trovò in 16 reazioni di Wassermann positiva ed in 8 sintomi di sifilide terziaria, la cura però fu in tutti inefficace. Barach su 31 casi di diabete mellito ne osservò 3 in pieno periodo di attività sifilitica e 3 altri con precedenti sifilitici senza però dimostrare nessuna dipendenza fra le due forme morbose.

Dopo il 1913 furono pubblicati casi di vero diabete sifilitico dimostrati mediante guarigione in seguito a cura antisifilitica o con reperto necroscopico di alterazioni di natura sifiliica (in tutto poco più di una diecina).

In conclusione dalla prima comunicazione di Leudet sulla osservazione di un diabete mel-

lito provocato da una gomma sifilitica situata in vicinanza del quarto ventricolo (pubblicato nello stesso anno (1857) nel quale Claude Bernard dimostrava che la puntura di un determinato punto del quarto ventricolo poteva produrre poliuria e glicosuria) fino ad oggi i casi dimostrati di vero diabete mellito causato dalla sifilide non sono molto numerosi, ma sufficienti per dimostrare che può esistere fra le due malattie una dipendenza. D'altra parte si sa che la sifilide può intaccare qualsiasi organo in svariate forme patologiche e quindi non escluso quegli organi o parti di organi che possono per la loro disfunzione provocare il complesso sintomatico che va sotto il nome di diabete mellito.

Dalle osservazioni finora raccolte si deduce che la sifilide può in ogni suo periodo causare glicosuria. La recente pubblicazione di Villaret e Blum è a questo proposito molto interessante poichè è l'unica osservazione (che io sappia) di glicosuria accompagnata da polidipsia, polifagia, astenia considerevole pochi giorni dopo la comparsa di un sifiloma iniziale. La glicosuria che era elevata (422 gr. nelle 24 ore) ed era accompagnata da acetonuria migliorò rapidamente sotto l'influenza di una cura col cianuro di mercurio. Dunque anche nel periodo della seconda incubazione della sifilide è possibile trovare un vero diabete sifilitico.

Nel periodo secondario Manchot, che per il primo raccolse osservazioni su questo argomento osservò glicosuria nel 3 % circa dei sifilitici esaminati e Fournier non considera questa glicosuria come molto rara. Però sembra che la glicosuria in questo periodo non sia molto notevole ed i disturbi che l'accompagnano (poliuria, polidipsia, polifagia) non molto evidenti e nell'insieme transitoria. Difficile è pure in questo stadio il poter stabilire per quale lesione sifilitica si abbia il diabete mellito.

Più facile ciò riesce nel *periodo terziario* in cui essendo le lesioni più isolate e più stabili possono lasciar trasparire da un complesso di sintomi o rivelare alla autopsia la vera lesione sifilitica causa del diabete. Il maggior numero è dato dalle lesioni del sistema nervoso. Ciò non significa che ogni sifilide cerebrale provochi glicosuria ma che speciali localizzazioni sifilitiche nel sistema nervoso possono provocare insieme con gli altri sintomi anche glicosuria. In generale secondo Troller si presenta accompagnato o preceduto da fenomeni cerebrali in individui relativamente giovani e non molti anni dopo la comparsa del sifiloma iniziale e per solito trova giovamento nella cura antisifilitica. Anche lesioni sifilitiche del pancreas sono state riscontrate in casi di diabete mellito ma in minor numero. Secondo Troller la comparsa del diabete zuccherino per lesione sifilitica del pancreas avviene molti anni dopo il sifiloma iniziale accompagnato da disturbi gastro-intestinali; ma in generale la cura è impotente e la malattia porta a morte i pazienti. Ebstein ammette pure benchè raramente che lesioni sifilitiche del fegato possono dare diabete zuccherino e ciò in base ad osservazioni di altri autori. Però aggiunge che nel relativamente grande numero di sifilide del fegato molto raramente compare come complicazione il diabete mellito. Troller parla ancora di diabete sifilitico senza sintomi cerebrali nè pancreatici raggruppando in questo capitolo tutti quei diabeti che sono sorti dopo la sifilide e che possono più o meno avvantaggiarsi con le cure antisifilitiche ma che non presentano dati clinici o anatomici tali da poter essere legati a lesioni di organi speciali. Seguendo poi il concetto di Fournier, il Troller segnala ancora un diabete parasifilitico, cioè un diabete mellito sorto sotto l'influenza della sifilide, ma non provocato direttamente da essa e che non è possibile modificare con le cure antisifilitiche.

Accennato così brevemente alla patogenesi del diabete mellito sifilitico, a lesioni di quale organo o sistema si potrà imputare il diabete del paziente da me osservato? Mi pare che si possa senza errore metterlo nella categoria del diabete mellito provocato da lesioni sifilitiche del sistema nervoso centrale. Infatti questo diabete sopravvenne in individuo ancora abbastanza giovane (46 anni) a pochi anni dal sifiloma iniziale (5 anni) ed era accompagnato da fenomeni cerebrali (cefalea, adinomia, crampi alla regione posteriore della gamba sinistra). I sintomi nervosi per primi scomparvero sotto l'influenza della cura, più tardi la glicosuria mentre la reazione di Wassermann era ancora positiva due mesi dopo l'ultima cura. Anche quest'effetto curativo ha, secondo Troller, importanza per la diagnosi di diabete sifilitico di origine nervosa.

Ad ogni modo la questione dal lato pratico non ha eccessiva importanza. Quel che soprattutto importa è il conoscere che la cura antisifilitica ha in questo caso fatto scomparire il diabete mellito ed in conclusione che un certo numero del cosidetto diabete mellito sifilitico può venir influenzato dalla cura antiluetica.

15 ottobre 1922.

BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia antecedente al 1913 vedere il capitolo «Diabetes mellitus bei Syphilis» di EBSTEIN nel «Handbuch der Ge-

schlechtskrankheiten di Finger», etc., vol. III, pag. 364; e la «*tesi di Parigi*, di Troller - *Essai sur le Diabète sucré syphilitique*», 1905.
BARACH. Boston Med. and. Surgical Journal, n. 22, 1917.
BORY. Société méd. des hôp., 28 jullet 1922.
CANTALOUBE. Journ. des praticiens, 1922, n. 13, pag. 199.
COMMANDEUR e BOUGET. Journ. de méd. de Lyon, 1921, n. 26.
CORDIER et DECHAUME. Ann. de Derm. et de Syph., 1920, n. 1.
CARNOT e HARVIER. Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des hôp. de Paris. Seduta 16 gennaio 1920.
MALHERBE. Ann. de Derm. et de Syph., 1913.
PINARD ET VELLUOT. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1921, n. 17.
RASOGLI. The ur. and. cut. Review, sett. 1919.
RATHERY ET FERNET. Soc. méd. des Hôp., 28 avril 1922.
ROSENBLOOM. Proceedings Soc. Exper. Biol. and Med., t. XVIII, 1921, 20 aprile.
ROSENBLOOM. Journ. Amer. Med. Assoc., 1917, n. 17.
SARRA. Gazzetta Osped. e delle Clin. 1909, n. 69.
SIMMONDS. Archiv. f. Derm. u. Syph., 1921, vol. 132.
VILLARET e BLUM. La Presse Méd., 1922, n. 5.
WILLIAMS. The Journal of the Am. Med. Association, 9 febbraio 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I medicinali usati nel diabete mellito.

(CAMMIDGE, CAIRNS ed HOWARD. *The Lancet*, pag. 1324, 1922).

Un caso interessante di diabete mellito capitò per combinazione sotto l'osservazione di uno degli AA. Si trattava di un uomo quarantacinquenne, con urina diabetica, da due anni curato varie volte in una casa di salute. Nel febbraio 1920 le sue condizioni erano gravi; infatti dopo un pasto di prova (80 grammi di carboidrati, 90 grammi di proteina e 90 grammi di grasso) furono trovati nella sua urina 190 grammi di zucchero ed il sangue, 3 ore dopo il pasto, conteneva 0.62 % di zucchero. Vi era inoltre nell'urina considerevole acidosi. Lo infermo fu curato con 3 digiuni di due giorni ognuno, alternati con brevi periodi di dieta leggera, e così nell'urina scomparvero il glucosio, l'acetone, e l'acido etildiacetico e nel sangue lo zucchero scese a 0.15 %.

Tutti i tentativi di nutrire sufficientemente l'ammalato lo facevano di nuovo aggravare. La prognosi quindi era gravissima: morte o per inanizione o per coma diabetico.

Questo caso spinse gli autori a fare sul sangue dell'infermo una serie di ricerche che portarono alla diagnosi di diabete pancreatico, essendo stata simile la «curva pancreatica» dell'infermo a quella di un cane parzialmente depancreatizzato. Si pensò quindi di conservare tutta la funzione pancreatica rimasta per il metabolismo interno dei carboidrati impedendo il prodursi di secrezione esterna, così da poter aumentare la quantità di cibo e mantenere in vita l'individuo. Conoscendo gli effetti dell'*atropina* su tutte le secrezioni del corpo si fecero numerosi esperimenti su individui normali e su cani normali e depancreatizzati parzialmente. Poi all'infermo fu dato solfato di atropina (7/10 di milligrammo) un'ora prima di un pasto di prova senza che si potesse provocare glicosuria. La percentuale di zucchero nel sangue da 0.70 per cento mentre l'individuo era a digiuno salì a 0.140 % tre ore dopo il pasto. Con la somministrazione del medicinale e con una dieta adatta l'infermo potè riprendere le sue abituali occupazioni. Non si verificarono fenomeni di intolleranza, mentre i tentativi di dare del pancreas con i cibi furono non solo inutili, ma dannosi.

Questo caso fece pensare agli autori che in questi ultimi anni si fosse ecceduto nell'escludere dalla cura del diabete i medicinali. Essi quindi fecero tutta una serie di esperimenti, servendosi del nuovo micrometodo d'analisi per determinare con maggiore certezza l'influenza dei medicinali sul contenuto di zucchero e perciò sul metabolismo dei carboidrati.

Il metodo usato fu quello di Folin e Wu modificato. Il *primo gruppo* d'esperienze fu fatto somministrando dell'atropina ad individui normali, ad individui affetti da diabete pancreatico, a cani normali, a cani parzialmente depancreatizzati, prendendo il sangue dell'individuo a digiuno e ad intervalli di un'ora per sette ore consecutive. Dai risultati ottenuti si potè stabilire che la percentuale di zucchero nel sangue con l'uso dell'atropina viene abbassato; se vi è rialzo nella 7ª ora basta una nuova dose di 7/10 di milligrammo per tenerla abbassata. L'atropina dopo 3/4 d'ora ha la sua azione fisiologica, non provocando più il cibo aumento di zucchero nel sangue; questo risultato permette di somministrare al malato una maggiore quantità di cibo. Si è osservato che l'atropina non può essere usata in tutti i casi e che i suoi effetti si spiegano forse con la paralisi delle fibre simpatiche delle glandule secretorie dello stomaco; così la secrezione gastrica impedita non può essere stimolo alla secrezione pancreatica, ch'è uno dei più importanti fattori per la comparsa dello zucchero nel sangue.

L'atropina fu usata specialmente in Italia, ma si ebbero effetti non costanti dovuti al fatto che il medicinale fu somministrato in tutti i casi di glicosuria senza discernimento. Per esempio è provato che nel diabete d'origine epatica l'atropina non è efficace.

Una *seconda serie* d'esperienze sugli stessi soggetti fu fatta con l'oppio ed i suoi derivati (un centigrammo di omnopon), partendo dall'ipotesi che l'oppio essendo un sedativo dei nervi abbia anche effetto sul sistema vasomotore e sul sistema glandulare. I risultati sono stati meno buoni che con l'atropina, poichè la percentuale dello zucchero contenuto nel sangue dopo i pasti non si è abbassata mai al di sotto della percentuale a digiuno e l'effetto non ha mai avuto lunga durata.

Una *terza serie* di esperienze fu fatta associando l'oppio all'atropina ed i risultati furono ottimi, mantenendosi per 6 o 7 ore la percentuale dello zucchero nel sangue dopo il pasto al di sotto di quella a digiuno.

Seguirono altre ricerche con i *metalli*. L'arsenico ed il mercurio sono utili nei casi di diabetici sifilitici; negli altri casi i meno tossici per l'organismo nel modificare leggermente la glicosuria sarebbero il palladio, lo stagno ed il bismuto. Somministrando acido cloridrico diluito si aumenta il contenuto di zucchero nel sangue in proporzione della quantità di acido ingerito; il bicarbonato ha effetto contrario; quindi un'altra serie di ricerche fu fatta con sostanze alcaline, usate già per combattere la acidosi nei diabetici.

La modificazione dei rapporti tra radicali acidi e basici del sangue e il cambiamento in sali organici influenzano la trasformazione del glicogeno in zucchero. Un composto di sali di calcio, magnesio e sodio può essere il più utile degli alcalini adatti a dominare una iperglicemia ed una glicosuria.

Le esperienze fatte con disinfettanti intestinali hanno dato dei risultati non buoni, così pure i vaccini si sono mostrati dannosi.

Altre ricerche sperimentali sono state fatte con *i purganti*. I diabetici soffrono spesso di stipsi e migliorano alquanto con leggeri lassativi; nei casi epatici è preferibile usare il calomelano. Le sostanze purgative (base degli specifici contro il diabete) sono state usate abbondantemente e se vi fu una diminuzione di zucchero lo si dovette ad uno stato di semiinanizione per scarso assorbimento d'alimenti, specialmente in soggetti che non hanno la forza d'animo di resistere alle tentazioni della tavola. Riguardo *all'organoterapia* le ricerche hanno dato risultati sfavorevoli. Se pure con iniezioni endovenose di estratto fresco di pancreas vi può essere una piccola diminuzione di zucchero nel sangue per breve tempo, le migliori osservazioni sono concordi nel trovare la organoterapia inattiva, spesso dannosa. Estratti di altri organi, ad esempio, come iniezioni di adrenalina, pituitrina, tiroidina producono un aumento di zucchero nel sangue.

Concludendo: una terapia con soli medicinali non può soppiantare quella dietetica, ma non bisogna disconoscerne l'importanza quando il trattamento dietetico non dà buoni risultati.

Prima di iniziare la cura è bene stabilire la diagnosi precisa della varietà di diabete, come del resto è bene fare per tutte le malattie.

Stabilita la diagnosi bisogna scegliere con criterio i medicinali e non abbandonare l'ammalato alla loro esclusiva cura.

Infine lo studio dell'azione dei medicinali nel diabete può essere guida ad una futura terapia razionale.

E. BRUNI.

CHIRURGIA.

Contributo allo studio della trapiantazione ossea applicata alla riparazione dei metacarpi e delle falangi.

(MICHON. *Journ. de Chir.*, 1922, n. 3, settembre).

L'A. conduce uno studio sperimentale sull'argomento ispirandosi a un caso del genere operato dal suo maestro P. Cunéo, il quale sostituì la perdita dei 3/4 distali del II metacarpo della mano destra con un tratto uguale del III metatarso del piede D.

L'innesto in primo tempo tendeva ad atrofizzarsi per difetto di connessione con l'osso ricettore. Perciò dopo un anno circa si dovette riintervenire per suturare con filo metallico l'innesto all'osso ricettore.

Dopo questo intervento l'innesto assunse radiograficamente aspetto normale e così si conservò fin dopo 3 anni e mezzo.

Perciò l'A. ha voluto studiare sperimentalmente nei cani varie modalità di questi innesti osteoperiostali notando i rusultati radiologici, anatomici e per alcuni microscopici.

In un primo cane ha sostituito i 2/3 distali del I metacarpo con un tratto uguale del I metatarso allacciando con filo di bronzo il punto di contatto.

Dopo 9 mesi radiologicamente l'osso sembrava in buone condizioni; mentre istologicamente l'innesto si vide necrosato e dal moncone ricettore si osservò una neoformazione ossea che tentava sostituirlo andando verso l'estremo distale.

Nel II cane ha eseguito la stessa esperienza senza bronzeo cerchiaggio dell'innesto col moncone ricettore.

Dopo 1 anno questo innesto radiograficamente fu in evidente stato di atrofia e microscopicamente si vide in necrosi e riassorbimento mentre dal moncone ricettore si partiva uno scarso tessuto osteogenetico che si avanzava nel collo fibroso esteso e frapposto fra l'innesto e l'osso ricettore.

In un III cane previo isolamento dell'intiero osso ha cambiato di posto il I e il II metacarpo.

Dopo 1 anno radiologicamente le ossa sembravano ben conservate.

Microscopicamente però esse erano necrotici, non ancora in riassorbimento e senza fatti osteogenetici.

In altri 4 animali ha fatto innesti sotto la cute del dorso; ha innestato metacarpi sani o tratti di essi vivi o morti o trattati con alcool e formolo o con l'ebollizione. Di questi animali ha soltanto lo studio radiologico da cui si rileva, che tutti questi innesti sono destinati a riassorbimento, che l'osso intiero resiste al riassorbimento più di quello che ha una superficie di sezione, e che l'osso fissato con alcool e formolo resiste più di quello bollito e di quello che non ha subito nessun trattamento.

Clinicamente trapianti di questo genere nell'uomo sono stati illustrati da Wolff, da Göebel, da Sievers, da Lexer e da Léonté; però i 4 primi AA. danno il risultato dopo 1 anno o meno e perciò di nessun interesse. Il Léonté invece dopo 3 anni ha veduto l'innesto in via di assorbimento.

Sperimentalmente ricerche del genere sono state eseguite da Bruce Gill e da Voronoff; ma con risultati a breve distanza (massimo 7 mesi) e senza controllo istologico.

In base alle sue ricerche l'A. si crede autorizzato alle seguenti osservazioni: Si tratta nei suoi esperimenti di *autotrapianto* come in genere in chirurgia umana e perciò nelle migliori condizioni di attecchimento.

In queste favorevoli condizioni il trapianto libero osteoperiostale d'un osso intiero o d'una parte di esso è destinato a morire e ad essere riassorbito.

Il *riassorbimento* si compie per opera di osteofagi, i quali possono provenire dal moncone dell'osso locale o dal connettivo ambiente, poichè si trovano ancora nel riassorbimento di trapianti sotto cute, dove gli osteofagi non possono essere generati dall'innesto che è morto nè dal moncone di un osso in sede, che non esiste.

I fatti di *rigenerazione* ossea dove si hanno procedono dal moncone dell'osso ricettore e tendono a sostituire l'intiero innesto. Il periostio di questo è generalmente morto; esso può dare in qualche punto scarsa rigenerazione cellulare che non arriva alla neoformazione ossea.

Il *riassorbimento* osseo procede diversamente secondo la varietà del trapianto.

Il trapianto parziale ben coartato resiste notevolmente al riassorbimento; viceversa quando detta connessione non intima o manca affatto, come in un innesto sottocutaneo, il riassorbimento è rapido.

Il trapianto d'un osso intiero è destinato anch'esso a morte e riassorbimento, meno rapidamente quando è in sede ossea che quando è nel sottocutaneo, e meno rapidamente d'un innesto parziale senza intime connessioni col ricettore, perchè il primo manca di superfici cruente. Perciò nell'osso intiero non conviene intaccare il periostio e le cartilagini.

Il trapianto d'osso morto e trattato con formolo o con l'ebollizione quando non viene eliminato è destinato anch'esso a riassorbimento, che procede più rapidamente nell'osso bollito che in quello trattato col formolo.

L'innesto parziale vivo ben coartato con l'osso ricettore è destinato a sostituzione ossea per opera del moncone ricettore, che genera anse vascolari accompagnate da osteoblasti, le quali ripopolano i cannali Haversiani e le cavità dell'innesto morto.

Quindi portando questo studio nel campo pratico delle operazioni della mano si può concludere come segue:

I. La riparazione parziale di falangi o di metacarpi è un metodo eccellente se si pon mente a 3 norme fondamentali:

a) che il trapianto abbia lunghezza sufficiente;

b) che non subisca intaccature sul periostio o sulle cartilagini;

c) che si stabilisca intima unione mediante sutura metallica tra trapianto e osso ricettore.

II. Il rimpiazzo totale d'un metacarpo, benchè i tedeschi vantino buoni risultati, non pare che sia da consigliarsi. Conviene in tali casi fare un trapianto parziale su un osso ricettore e poi innestare su questo un'articolazione.

III. L'innesto totale articolare dà ottime speranze, perchè i monconi delle due ossa che vengono a formare l'articolazione vengono a costituire due innesti parziali su monconi ricettori.

GUSSIO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI, dirigente il Riparto di Igiene applicata nell'Istituto sperimentale delle F.F. S.S. in Roma. *Prontuario dell'igienista*, 1 volume in-12° di pag. 580, rilegato. Prefazione del prof. G. Sanarelli. — Casa Editrice Cav. Luigi Pozzi (Collana del «Policlinico»). Roma, 1923. Prezzo L. 52.

Non potremmo presentare meglio questa pubblicazione — la quale si renderà indispensabile a tutti i cultori dell'igiene — se non riportando la magnifica prefazione che vi ha apposto il prof. Sanarelli:

Sebbene entrata in azione da appena mezzo secolo, l'igiene scientifica tende già a conquistare, con le sue molteplici e benefiche applicazioni, una funzione sempre più estesa nel governo dei popoli e nei costumi di tutti i paesi civili.

I benefizi già da essa arrecati all'umanità intera, sono davvero incalcolabili.

L'essere riuscita a proteggere la salute contro i mali che non si possono distruggere, l'aver potuto ridurre in tutti i paesi civili l'alta mortalità d'una volta, l'aver proclamato la condanna dell'individualismo sanitario e l'aver fatto sentire il vantaggio comune della solidarietà, per la difesa di ciascuno e di tutti, costituisce, infatti, un imperituro titolo di gloria per l'epoca nostra.

Tutto ciò ha trasformato anche l'ideale del medico, perchè ha creato la medicina sociale, quella che Aristotile chiamava la medicina politica, dischiudendo, con la profilassi, orizzonti nuovi alla medicina.

Alla mente come al cuore di ogni medico, s'impone ormai il compito di prevenire anzitutto le malattie, per non essere poi costretti a doverle guarire!

Spetta al medico la missione di divulgare il principio, che la salute dell'uomo non deve far troppo assegnamento sulle virtù dei rimedi curativi e che è, invece, preferibile rispettare sempre le leggi fisiologiche ed osservare le norme profilattiche razionali, che sono ormai sancite dalla scienza e dalla esperienza.

Bisogna far sapere che non si violano queste leggi naturali senza risentire, prima o poi, le conseguenze funeste delle avvenute infrazioni.

Ma l'applicazione di quest'insieme di leggi che sono destinate non soltanto alla difesa individuale, ma anche a quella sociale e alla rigenerazione della stirpe ogni giorno più minacciata dalle stesse condizioni del progresso umano, esige sempre nuovi metodi e maggiori mezzi d'azione, in ragione dell'incessante progredire delle nostre conoscenze.

Il patrimonio delle conoscenze scientifiche e tecniche utilizzabili dall'igienista moderno, ha raggiunto proporzioni quasi enciclopediche!

La climatologia; l'igiene del suolo, dell'acqua e dell'abitato; l'igiene alimentare, industriale, professionale, scolastica e individuale; i metodi profilattici contro tutte le malattie trasmissibili prodotte da batteri, da protozoi, da parassiti animali e da virus ultravisibili; le malattie sociali; l'assistenza pubblica; la legislazione e l'amministrazione sanitarie, ecc., rappresentano, oggi, per chiunque eserciti la professione dell'igienista, un corredo imponente e svariatissimo di cognizioni, tutte indispensabili.

La loro applicazione pratica richiede, inoltre, la padronanza di una tecnica scrupolosa e impeccabile in tutte le operazioni di laboratorio, specie in quelle concernenti la microscopia, la batteriologia, la sierologia, la parassitologia, la fisica, la chimica, la tecnologia, la bromatologia, la merceologia, ecc.

Non è concepibile che possano aversi sempre presenti alla mente tutte queste svariatissime cognizioni, nè sarebbe agevole, specialmente oggi, mantenersi al corrente di ogni scoperta e di ogni perfezionamento, che si van realizzando vertiginosamente in così molteplici branche dell'igiene applicata, coll'incessante acquisto di pubblicazioni che, disgraziatamente, l'attività editoriale nazionale non saprebbe nemmeno offrirci.

Si sa, purtroppo, che la lingua italiana, quasi sconosciuta e pochissimo studiata oltre i nostri confini, insieme alla mancanza di grandi Case editoriali specializzate e bene attrezzate per la pubblicità e l'esportazione mondiale, rendono poco remuneratrice, per gli autori e per gli editori, e, quindi, necessariamente assai grama, la produzione libraria nazionale, specie quella concernente opere di medicina e di igiene, non destinate al gran pubblico.

Ha compiuto, perciò, opera provvida e meritoria, il dott. Filippini, sobbarcandosi alla fatica di raccogliere in un volume di non grande mole, tutte le odierne conoscenze e tutte le indicazioni d'indole tecnica, necessarie all'igienista nelle sue abituali funzioni: nei servizi amministrativi sanitari come nei laboratori di vigilanza igienica.

Questo *Prontuario* non è un comune manuale di compilazione. È un libro redatto con grande coscienza, ove il dott. Filippini ha trasfuso, con raro discernimento, il ricco patrimonio di nozioni pratiche e dottrinali da lui tesaurizzate in un lungo ed assiduo esercizio

professionale, presso l'Istituto Sperimentale delle Ferrovie dello Stato in Roma.

È una guida rapida e sicura offerta all'igienista che, in qualunque momento, è messo in grado di richiamare alla memoria tutti gli elementi necessari all'esplicazione dei suoi atti d'ufficio e alla esecuzione delle sue ricerche di laboratorio: dalla compilazione di un rapporto su di una industria insalubre, a un controllo batteriologico; dall'ordinamento di un dispensario, a una perizia bromatologica; dalla risoluzione di un problema d'igiene edilizia o dei trasporti, alla esecuzione della più ardua reazione sierologica!

Nulla vi è trascurato. Ogni parte resulta armonicamente ed esaurientemente sviluppata con sobrietà magistrale, senza divagazioni dottrinali, senza richiami letterarii ingombranti e imbarazzanti, con finalità applicative esposte con limpidezza cristallina e con una dovizia di conoscenze aggiornatissime e rigorosamente selezionate, quale non potrebbe desiderarsi maggiore.

Se il libro scientifico italiano potesse costituire una merce esportabile, a questo *Prontuario* del dott. Filippini arriderebbe certamente un grande successo editoriale anche all'estero, ove non esiste opera alcuna che gli assomigli.

Il dott. Filippini ha, perciò, colmato, nella letteratura medica contemporanea, una lacuna che era davvero sentita da tutti i cultori delle discipline igieniche.

Questi debbono rimanergliene molto grati e integrare praticamente il plauso dovuto all'Autore, cooperando alla meritata diffusione di questo suo bel libro, la cui accuratissima edizione fa anche onore alla solerte e animosa Casa editoriale dell'ottimo amico Pozzi, per tanti altri rispetti già così benemerito della stampa medica nazionale!

G. SANARELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Ricerche sulla agglutinazione (Nota 1a).

BARINETTI. — L'O. comunica il risultato di alcune ricerche condotte allo scopo di studiare perchè sospensioni bacteriche a contatto di sieri agglutinanti specifici agglutinano.

In un primo tempo egli ha cercato di stabilire con una prova sicura che il fenomeno agglutinazione è dovuto alle proteine del siero che precipitano in soluzioni prive di elettroliti, globuline (proteine liofobe secondo il Ruppel). Le esperienze hanno dimostrato che:

1° Il siero dializzato lungamente dal quale si asportino frazionatamente le proteine precipitate, perde progressivamente il potere agglutinante specifico.

2° Le proteine precipitate con una lunga dialisi da un siero agglutinante e ridisciolte in un siero non agglutinante dializzato ed isotonizzato conferiscono a quest'ultimo il potere agglutinante che il siero specifico ha perduto. Tale potere aumenta progressivamente fino alle diluizioni massime quando le globuline precipitate dal siero specifico vengono aggiunte al siero non agglutinante in quantità progressiva, e l'aumento del potere agglutinante di questo siero non specifico è in rapporto diretto colla diminuzione di tale potere del siero specifico dal quale vengono asportate le proteine precipitate colla dialisi.

Dal risultato delle esperienze l'O. deduce che il potere agglutinante specifico dei sieri è una funzione delle proteine liofobe, globuline, che precipitano nelle soluzioni povere di elettroliti.

Ulteriori ricerche hanno poi dimostrato che le globuline separate da sieri non agglutinanti possono, se ridisciolte in soluzione concentrata in soluzione fisiologica, produrre il fenomeno della flocculazione delle sospensioni bacteriche, in questo caso la precipitazione dei bacterii avviene insieme alla precipitazione delle globuline stesse. Nella agglutinazione specifica invece la prova refrattometrica ha dimostrato che l'agglutinazione di forti masse di bacilli non diminuisce la quantità delle sostanze proteiche sciolte nel siero.

In altre ricerche l'autore ha constatato che l'aggiunta di formolo nella percentuale usata per la preparazione delle comuni sospensioni bacillari aumenta notevolmente l'agglutinabilità dei bacilli a contatto con sieri agglutinanti specifici.

Studio di un caso di obesità.

PARINETTI. — L'O. ha avuto in esame un'inferma affetta da obesità grave (altezza centimetri 158, peso chilogr. 160). L'ammalata morì dopo un giorno di degenza nella clinica, era affetta da broncopolmonite, morì per asistolia. Aveva 37 anni, era stata donna grassa, ma di struttura non anormale fino ai 30 anni; dopo era enormemente ingrassata; a 27 anni aveva avuto una gravidanza

dalla quale era nata una bambina cresciuta sana e normale. Da tre anni prima della morte non aveva più mestruazioni. L'esame anatomico mise in evidenza oltre alle alterazioni di tutti gli organi prodotta dalla enorme infiltrazione grassa, una struttura della ipofisi diversa da quella che comunemente si osserva. La parte anteriore era un poco più grossa del normale, centgr. 72; la parte intermedia era molto ridotta e vi si notava solo qualche rarissima e piccolissima cisti; nella parte anteriore della ghiandola si notavano zone composte da cellule eosinofile grosse disposte disordinatamente; in qualche punto della parte anteriore esistevano isole molto compatte di cellule eosinofile circondate da spesso tessuto connettivo, tali isole risaltavano nettamente nel tessuto circostante. Il tessuto connettivo aveva raggiunto nella ghiandola un notevole sviluppo. La base del cranio e del cervello, l'infundibolo e l'ilo dell'ipofisi, non presentavano segni di alterazione manifesta. Non esistevano segni anatomici di infezione sifilitica: l'ovaio era piccolo e sclerotico.

L'O. ferma l'attenzione sulla struttura della ipofisi senza dedurne un rapporto causale tra tale struttura e la obesità dell'ammalata.

Su l'impiego della formalina contro il sudore nei tubercolosi.

BIGNAMI G. — L'O. osserva quanto sia delicato il problema della terapia del sudore nei tubercolosi a cagione della particolare importanza che hanno in questi ammalati le funzioni delle ghiandole sudorali.

L'O., esposte le ragioni per cui non possono essere continuamente ed in ogni caso applicati, per combattere il sudore nei tubercolosi, i noti mezzi ad azione generale antisudorale, dice che l'uso della formalina per applicazioni cutanee dà buoni risultati.

Questo prodotto, impiegato in tale modo non ha, come asserisce il Griesbach, azione generale, ma esclusivamente locale, in virtù delle modificazioni che determina nella cute.

La formalina, applicata particolarmente sotto forma di frizioni alla diluizione dal 5 al 10 %, ogni due o tre giorni, nei punti di molesta sudorazione, è efficace, e se si eccettua un lieve e momentaneo stato irritativo della mucosa congiuntivale, non arreca disturbi di sorta.

Sopra il «Tuberkulosediagnostikum» di W. Fornet.

BIGNAMI G. — L'O. espone dettagliate ricerche compiute sulla costituzione del «tuberkulosediagnostikum» del Fornet, presunto liquido di agglutinazione, proposto per la diagnosi sierologica di infezione tubercolare. In base ad esse, giunge alle seguenti conclusioni:

1) Il «tuberkulosediagnostikum» di W. Fornet va ritenuto una soluzione acquosa fenicata di fosfato monosodico al 0.6 %, contenente una scarsa quantità di bacilli tubercolari che hanno mantenuto il loro carattere acido-resistente, ed in gran parte non emulsionati.

Naturalmente non si può escludere che qualche altra sostanza, sfuggita alla ricerca chimica, possa essere contenuta nel reattivo, ma questa non può avere valore alcuno nella reazione.

2) Il fondamento di questa, che è completamente estranea alla presenza dei bacilli tubercolari, che non è nè specifica nè immunitaria, risiede nell'acidità del preparato stesso per fosfato monosodico, il quale agisce su determinati gruppi proteici dei sieri, provocandone la precipitazione.

3) Il reattivo del Fornet deve essere radiato dal novero dei mezzi diagnostici per la tubercolosi.

Le «Amanite citrina» Pers e «A. mappa» Batsch. e la loro posizione tossicologica.

PETTINARI VITTORIO. — L'O. ha completato le sue ricerche sulla velenosità di queste due Amanite.

Ha constatato in vitro la presenza di emolisina in piccola quantità negli estratti per macerazione e nel distillato; però la loro inoculazione in animali da esperimento anche in forti dosi non ha prodotto sintomi tossici. Non ha invece trovato un veleno volatile come nell'A. falloide.

I funghi somministrati, sia crudi che cotti, per via gastrica a cani e topi si sono mostrati innocui e così pure i loro estratti.

Per risolvere la questione l'O. ha mangiato 6 grammi di A. citrina e 6 gr. di A. mappa secca (dose tripla della minima tossica di A. falloide), senza averne disturbi.

Ritiene quindi le 2 Amanite non velenose ma nemmeno mangereccie per il loro sapore disgustoso.

Dott. FRANCESCO RICCI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

AGOSTA ALDO. *Il concetto di afasia nelle vecchie e nelle nuove teorie.* — Napoli, Tip. dello «Studium», 1922.

ID. *Le idee di Henschen intorno all'afasia.* — Napoli, Tip. dello «Studium», 1922.

AGOSTINI GIULIO. *Encefalite epidemica e gravidanza.* — Perugia, Tip Perugina, 1922.

ID. *Le cosidette «Placche senili».* — Perugia, Tip. Perugina, 1922.

AGOSTINI CESARE. *La sindrome psicopatica della encefalite epidemica a tipo Parchinsonoide.* — Perugia, Tip. Perugina, 1922.

ANGELINI ANTONIO. *La disinfestazione della caserma.* — Roma, Stab. Pol. Amm.ne Guerra, 1922.

Atti dell'Associazione Romana tra i cultori della Elettrologia e della Radiologia medica, fasc. 4°. — Roma, G. Piaggesi, 1922.

BAJLA EUGENIO. *Le condizioni sanitarie di una grande città (Milano nel 1921).* — Milano, C. Sironi, 1922.

ID. *Osservazioni sulla febbre tifoide in Milano nel 1921.* — Milano, A. Cordani, 1922.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA RESPIRATORIO.

Respirazione nasale e tubercolosi polmonare.

I rapporti etiologici tra un'impedita respirazione nasale e la tubercolosi polmonare, da molti attribuiti alle mancate modificazioni che l'aria inspirata subirebbe nel suo passaggio attraverso il naso (riscaldamento, inumidimento, filtrazione di germi e particelle estranee) si possono spiegare coi rapporti meccanici esistenti tra la respirazione nasale e la espansione dei polmoni. Nella respirazione attraverso il naso, l'espansione dei polmoni è più ampia e più regolarmente distribuita che non nella respirazione boccale; in quest'ultima, i movimenti della parete toracica, specialmente delle sue sezioni superiori, sono minimi, e l'espansione polmonare interessa principalmente i segmenti inferiori (respirazione diaframmatica).

L'ampiezza e la distribuzione dell'espansione polmonare sono i fattori determinanti dell'intensità della circolazione sanguigna e linfatica nei polmoni. Se infine si pensa che la espulsione di elementi estranei comunque (via aerogena, ematica, linfatica) penetrati nei polmoni è tanto più pronta quanto più è intensa la circolazione linfatica, appare evidente l'influenza che un'ostacolata respirazione nasale può esercitare sull'attecchimento del bacillo di Koch nei polmoni. Oltre a ciò l'espansione dei polmoni (e quindi la respirazione nasale) determina durante il periodo dello sviluppo, la conformazione scheletrica del torace: elemento importante per la disposizione alla tubercolosi. Emerge da questi concetti la necessità di render possibile in tutti i casi, specialmente poi nei predisposti e nei bambini, la respirazione nasale (operazioni, esercizi, ecc.); non così nei casi in cui si sia già sviluppata l'affezione polmonare, nei quali un'intensificazione dei movimenti dei polmoni (respirazione nasale) potrebbe determinare degli inconvenienti gravi (disseminazione del processo).

(G. Wotzilka. *Med. Klin.*, n. 48, 1922).

Pollitzer.

La febbricola tubercolare benigna interminabile a manifestazioni pleuritiche.

Dall'esame di alcuni casi esaminati, C. Mantoux (*La Presse médic.*, 1922, n. 92, pag. 995) in tal modo definisce l'affezione di cui traccia il quadro seguente:

Si osserva quasi esclusivamente nelle donne e nelle giovanette; l'età variava dai 20 ai 40 anni. Nessun antecedente tubercolare. Comparsa dopo la pubertà; relazione evidente con l'apparato genitale. Fortunatamente nessuna constatazione di autopsia. È certo che non vi è perdita di sostanza nè grossi addensamenti parenchimatosi; possono esistere degli addensamenti indici di tubercolosi chiuse. I sintomi possono identificarsi nella seguente descrizione clinica:

Comparsa in una giovanetta, in seguito a *surmenage* fisico o morale, di una febbretta leggera, estremamente tenace, ad andatura ondulante, con periodicità mestruale. Depressione dello stato generale molto più marcata nei periodi di alta temperatura; diminuzione del peso notevole, ma non considerevole; presenza quasi costante, ma più accentuata quando la temperatura è elevata, di chiazze di pleurite secca. Assenza di tosse, di espettorazione, di modificazioni radioscopiche. Prolungarsi dell'evoluzione senza tendenza nè all'aggravamento, nè ad una completa guarigione.

È caratteristica di questa forma di tubercolosi essere benigna ed interminabile.

L'affezione va distinta specialmente dall'adenopatia tracheo-bronchiale e dagli stati bacillari cronici del Burnand.

Come terapia, ha dato buoni risultati la tubercolina e il trattamento igienico dietetico.

Mont.

Il cloruro di calcio nella cura dei versamenti tubercolari delle sierose.

Il trattamento medico di tali affezioni sembra, dalle recenti ricerche, trovare nel cloruro di calce un medicamento assai efficace che porterebbe nella maggioranza dei casi al riassorbimento del versamento. Il principio della medicazione calcica sarebbe la sostituzione degli ioni sodio dell'organismo e specialmente quelli del liquido infiammatorio con ioni di calcio con finale produzione di eliminazione abbondante di cloruro di sodio con le urine, e conseguente disidratazione dell'organismo per mezzo di vere crisi poliuriche. Il punto essenziale sarebbe dunque l'eliminazione di ioni di sodio, sopprimendo così uno dei principali elementi dell'infiammazione. Il cloruro di sodio sembra essere necessario nell'evoluzione della malattia ed è ritenuto dall'organismo specialmente dove esiste l'infiammazione, nel caso in questione, nel liquido sierofibrinoso della pleurite e della peritonite tubercolare.

contribuendo così ad aumentare il versamento.

Garofeano (*Archives médic. Belges*, 1922, numero 7), ha trattato con il cloruro di calcio 25 malati di cui 13 con pleurite e 17 con peritonite tubercolare. I risultati sono stati eccellenti. Nella pratica bisogna tenere conto: 1) di un regime povero il più possibile in cloruro di sodio; 2) delle dosi di cloruro di calcio.

L'A. ha somministrato prima dai 4 ai 5 gr. quotidiani di cloruro di calcio, poi dosi più forti fino a 15 gr. al giorno, sempre in pozione, aggiungendo dello sciroppo d'arancio per mascherare il sapore.

La tolleranza dei malati per tale sostanza è grande; l'A. raramente ha osservato fenomeni di intolleranza (dolori gastrici, vomito, anoressia, diarrea o stipsi). In questi casi la soppressione del medicamento per qualche giorno porta alla scomparsa dei fenomeni tossici e si può in seguito riprendere la somministrazione senza inconveniente. Eccezionalmente, in alcune forme acute, l'A. è giunto a somministrare per tre giorni di seguito grammi trentacinque di cloruro di calcio nelle 24 ore, sospendere il trattamento per cinque giorni ed a riprenderlo con la stessa intensità.

MONT.

I paradossi della sinfisi pleurica.

Avete bene scelto un malato come il più adatto per una dimostrazione pratica sul pneumotorace artificiale, dice Amenille (*Société Médicale des Hôpitaux*, 26 ottobre 1922): vi può accadere che quando andate per insufflare aria trovate le pleure saldate. L'A. stesso si ostinò a non fare il pneumotorace ad una malata perchè credeva di avere segni certi di una sinfisi pleurica: un bel giorno, essendo la paziente in attesa di una operazione di toracoplastica, il pneumotorace spontaneo, completo si fece da sè.

Questi fatti dimostrano che oggi, come 20 anni fa, non vi sono segni che autorizzano a far diagnosi di sinfisi pleurica: però, a differenza di 20 anni fa, per la sempre crescente diffusione della pratica del pneumotorace, si sentirebbe il bisogno di una tale diagnosi. In base a quali dati?

I *dati anamnestici* vi autorizzano a supporla solo se la pregressa pleurite fu comprovata dalla puntura esplorativa: delle altre diagnosi di pleurite non vi fidate; ma anche in questo caso preparatevi a trovare delle aderenze dove meno le aspettate.

Alcuni *dati radiologici* possono coincidere con l'esistenza di aderenze (diminuzione o scomparsa del seno costodiaframmatico, limitazione delle escursioni della cupola diaframmatica, il festone del Maingot, l'opacità di una base polmonare, la deviazione del mediastino del lato sospetto), ma nessuno di essi è specifico, e quasi tutti possono essere prodotti dalla sclerosi polmonare.

Neanche la constatazione di gravi lesioni polmonari che sembrano interessare la pleura viscerale vi faccia sospettare una sovrastante aderenza: l'insufflazione di aria potrebbe dimostrarvi che se aderenze vi sono, si trovano lontane dalla zona malata.

Una sola verità importante resta: non esiste alcun segno dimostrativo della sinfisi pleurica. Il pneumotorace artificiale solo può rivelarla: e questa manovra deve considerarsi come impossibile solo dopo averla tentata, il che costa tanto poco.

PERSIA.

Sull'asma bronchiale.

A. Barth (*D. Med. Wochenschr.*, n. 45, 1922) osserva che l'asma bronchiale è una neurosi per cui in alcuni individui delle condizioni che per gli altri sono più o meno innocue, determinano degli accessi di dispnea.

Queste condizioni consistono spesso in alterazioni di lieve entità delle vie respiratorie superiori. L'accesso asmatico è caratterizzato da una sequela di inspirazioni profonde e di espirazioni incomplete; cosicchè il torace permane anche durante l'espirazione nella sua posizione inspiratoria. Enfisema polmonare e catarro bronchiale sono una conseguenza dell'asma. La terapia consiste nella suggestione e persuasione del malato, nel far praticare esercizii di respirazione regolare (specialmente espirazione, specie all'inizio dell'accesso) e nella ricerca e cura delle condizioni patologiche locali che determinano gli accessi.

La terapia riesce tanto più efficace, quanto più precocemente è stata istituita.

POLLITZER.

Asma bronchiale e polmoniti pregresse.

J. Harkavy (*Journ. of american med. assoc.*, 1922) ha osservato nove casi di asma in cui gli accessi si erano iniziati dopo una polmonite antecedente; in tutti l'esame radiologico dimostrava aspetti che potevano interpretarsi come polmonite non risolta. In due casi in cui l'asma durava da più lungo tempo si rinvennero alla broncoscopia delle cavità bronchiettasiche, da cui con l'aspirazione si ottenne della fibrina e degli streptococchi non emolitici in coltura pura.

Quattro casi vennero trattati con l'applicazione di raggi X sulle aree polmonari affette;

in un periodo di quattro-cinque mesi, scomparvero gli aspetti radiologici della polmonite e si formarono aderenze diaframmatiche; analoghi risultati si ebbero in un altro caso col vaccino antitifico; con la scomparsa dei fatti locali, si notò un miglioramento netto, che durava anche dopo un anno. Nessuno di questi casi dava reazioni positive cutanee con proteine eterogenee o batteriche.

fil.

Trattamento della polmonite acuta e della broncopolmonite influenzale.

Secondo W. H. Wynn (*Lancet*, 2 settembre 1922), la polmonite, l'influenza ed altre infezioni acute vanno considerate come casi d'urgenza medica come l'appendicite od un'ulcera duodenale perforata sono casi d'urgenza chirurgica, e vanno quindi trattate in conseguenza; il primo requisito per un trattamento efficace è dunque una diagnosi precoce. Per la polmonite questa è possibile: il brivido iniziale, il rapido innalzamento della temperatura, il dolore puntorio toracico, le alterazioni del respiro, persino lo sputo rugginoso, possono aversi fino dall'inizio. Meno facile è la diagnosi precoce della broncopolmonite influenzale, sebbene anche in tal caso il rapido innalzamento di temperatura dopo qualche giorno di febbre modica, l'aggravamento del malato possano mettere sull'avviso. In ambedue le malattie, è possibile quindi prendere le opportune misure nelle prime 24-48 ore, nel qual tempo può dirsi che realmente la vita del malato è nelle nostre mani.

Trattamento preliminare e generale. Requisiti fondamentali sono il riposo, nel senso anche di ridurre al minimo tutti i movimenti, e la ventilazione; le finestre debbono essere tenute aperte giorno e notte e la temperatura non deve eccedere i 12°. Non bisogna però andare all'eccesso opposto ed esporre l'ammalato a correnti d'aria. La copertura del letto, dopo passato il periodo del brivido non deve essere pesante. La dieta deve consistere essenzialmente in latte ed acqua albuminata, di cui si danno alternativamente 150 g. ogni due ore, aggiungendovi zucchero, the, caffè ed eventualmente, se vi è vomito, del citrato. Si daranno anche abbondanti bevande (acqua e limonate) fino a l. 2-2 1/2 nelle 24 ore.

Grande cura si avrà per l'igiene della bocca, lavandola spesso e togliendo gli eventuali apparecchi. Si potranno fare polverizzazioni nel naso con olio di vaselina.

All'inizio si daranno venti cg. di calomelano, seguiti da un purgante salino: ogni mattina si farà un clistere di acqua saponata, o si darà un po' di solfato di sodio. L'A. consiglia la somministrazione di un blando diuretico ogni 4 ore (citrato di potassio g. 1,8; liquore d'acetato d'ammonio g. 16; acqua di canfora g. 30).

Grandi benefici ha ottenuto l'A. con la *vaccinoterapia*, usando 100 milioni di pneumococchi (40-50 per un ragazzo di 12-14 anni; 10-20 per uno di 2-3 anni) nel caso di polmonite; e parti uguali (100 milioni) di pneumococchi, streptococchi e bacilli dell'influenza in casi di broncopolmonite influenzale. L'importante è di introdurre il vaccino nei primi 2-3 giorni di malattia e di prepararlo con germi appena isolati dall'organismo o tutt'al più alla seconda subcultura. Il vaccino non deve essere disintossicato nè sensibilizzato. L'effetto è talora sorprendente, avendosi anche in 24 ore la completa defervescenza.

Poco favorevole si mostra invece l'A. per la sieroterapia, che può dare inconvenienti spiacevoli e non è efficace se il siero non corrisponde al tipo del pneumococco, mentre la determinazione di questo esige un laboratorio ben montato e 12-14 ore di tempo.

La *proteinoterapia* aspecifica dà una fortissima reazione termica, seguita spesso da miglioramento; la reazione però è spesso troppo violenta ed è meglio evitarla ricorrendo ad altri mezzi (vaccinoterapia) che danno migliori risultati.

Trattamento sintomatico. Contro il dolore nel primo stadio, l'A. consiglia le sanguisughe ed i cataplasmi purchè leggeri ed applicati in modo da non dare costrizione; l'introduzione di un poco di ossigeno fra i due foglietti pleurali, cosa non difficile per chi abbia pratica di pneumotorace, è pure utile. Consigliabili sono i rivulsivi nella broncopolmonite influenzale. Come calmanti, l'A. consiglia la polvere del Dover (60 cg. in una pozione salina) e la paraldeide (4-8 g. per dose in the molto dolce) ed ha trovato vantaggi con l'uso dell'oppio o morfina a dosi minime (6 decimg. ipodermicamente); esso va evitato nell'influenza con bronchiolite, cianosi, edema polmonare.

Per diminuire l'espettorazione, l'A. usa l'atropina a dosi di 6 decimg. a 2 mg.; nei casi gravi di influenza con cianosi, consiglia il carbonato d'ammonio; 60 cg. in una tazza di latte ogni ora per 6 volte, da ripetersi eventualmente nel giorno seguente e da non darsi nella polmonite.

Poco o nulla può farsi contro la minaccia di insufficienza cardiaca; la stessa digitale rallenta il polso intossicando il cuore e bloccando troppo spesso gli impulsi auricolari. L'A. consiglia tutt'al più l'iniezione endomuscolare di pituitrina (1 cmc.) nell'insufficienza vasomotoria.

I veri aiuti del cuore sono il nutrimento e l'ossigeno; come nutrimento, nulla vale meglio che lo zucchero; eventualmente iniezioni endovenose di glucosio al 10 %, utili anche se l'insufficienza cardiaca è già iniziata. Quanto all'ossigeno bisogna tener presente che esso va somministrato a dovere sia con l'apparecchio di Haldane, sia introducendolo per mezzo di un catetere nel naso. Nessun vantaggio reale si ottiene con l'alcool. In complesso si deve ricordare che la polmonite non si cura trattando gli organi già intossicati, ma prevenendo tale intossicazione con una diagnosi precoce, con la cura specifica pronta e con un'assistenza oculata; in tal modo la mortalità potrà ridursi ad 1/4.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Origine del liquido cerebro-spinale.

Benchè da circa un secolo Magendie abbia descritto le proprietà fisiche del liquor, ed innumerevoli studi siano stati compiuti su di esso, non se ne conosce ancora bene l'origine. Daudy ha potuto produrre un idrocefalo interno unilaterale ostruendo un forame di Monro: l'idrocefalo non si produceva se veniva estirpato il relativo plesso coroideo. Anche per la costituzione anatomica i plessi coroidei appaiono essere la maggior fonte del liquor. Secondo Weed la struttura degli spazi perivascolari fa credere che essi secernano del liquido negli spazi subaracnoidei, che si mescola con quello prodotto dai plessi nei ventricoli; così si spiegano le differenze chimiche e sierologiche tra liquido dei ventricoli e liquido subaracnoideo. Anche le cellule ependimali potrebbero in minima parte contribuire alla formazione del liquido intraventricolare, ma finora nulla se ne sa di sicuro.

(*Journ. A. M. A.*, 2 sett. 1922).

Doria.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sul decorso delle epidemie di pneumonite crupale. Al dott. A. P., abb. n. 9332:

Nella epidemia da lei studiata: su 23 casi 23 guarigioni, in 5ª-7ª giornata; rimedio usato il sanguisugio sull'emitorace colpito.

Nelle epidemie di polmonite un complesso di fattori (che gli igienisti sogliono riassumere con la parola sintetica, *genio epidemico*), può farne variare notevomente le caratteristiche, da differenziare epidemie a carattere veramente benigno da epidemie maligne ad alta mortalità. Tra i fattori che influiscono sicuramente nel determinismo del genio epidemico deve modernamente essere annoverata la *predominanza del tipo del pneumococco.* È noto, anche per ricerche eseguite da noi e da altri in Italia, che i vari tipi hanno virulenza differente (il 3° il più virulento, poi il 1° e 2°, infine il 4°), ma lo stesso tipo può mostrare virulenza differente in varie stagioni, regioni, condizioni climatiche diverse. Perfino la batterioemia pneumococcica può trovarsi in percentuali differenti nelle varie epidemie.

Una buona assistenza è molto utile al polmonitico malato, ma qualunque terapia finora tentata, *perfino quella coi sieri strettamente specifici per il tipo*, se è riuscita, nell'esperienza di qualche autore, ad abbassare la mortalità, non è riuscita affatto ad annullarla. Non credo quindi alla terapia usata (sanguisugio), di cui in passato si è fatto certamente uso larghissimo, sia da attribuire il buon resultato avuto. Ogni ipotesi sull'azione del sanguisugio è possibile, anche che la irudina impedisca la iperfibrinosi e coagulabilità del sangue del malato; ma prima di discutere troppo sull'argomento, bisognerebbe dimostrarne la reale utilità in ogni epidemia, e avere la prova clinica o anatomo-patologica che anche gli stadi anatomici del processo flogistico subiscono le supposte deviazioni, in virtù del medicamento adoperato.

Pontano.

All'abbonato n. 1976:

Giornali italiani di sola *Elettroterapia* scarseggiano: in genere i giornali sono di Elettroterapia e Radiologia (così in genere in America, in Inghilterra e in Francia: ad es. *Archives of Radiology and Electrotherapy; Archives d'Electricité Médicale; Bulletin de la Société Franç. d'Electrothérapie et Radiol-Electricidad Medica: L'Elettrologia Medica*, ecc.). Può rivolgersi al prof. Piccinino, redattore di uno dei giornali d'Elettroterapia più antichi. quanto alla vibroterapia consulti: *Electrothérapie* di Delherm e Laquerrière (Maloine, éd.); *Physiothérapie* (éd. Maloine) di Carnot, Linossier, Oelsnitz, ecc. *L'electricité Médic. en clientèle* (éd. Maloine) di Laboiderie.

Milani.

Protesi dentaria. — Al dott. L. T. da Sezze:

Ottimo è il *Primo Trattato Italiano di Odontotecnica* del Platschick, Milano, Ed. Cogliati, Corso P. Romana 17, anno 1907, ma è esaurito. Nel manuale francese del Friteau, *Dentisterie opératoire: Anesthésie, Prothèse*, Edit. Doin, Paris, 8, Place de l'Odéon, trovasi un discreto riassunto di protesi dentaria. Completo, ma in inglese, è il manuale del Wilson, *Dental prosthetics*, London, Henry Kimpton, 263 High Holborn, W. C.

Piperno.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Le nuove norme per le pensioni.

È stato annunziato che il Ministro delle Finanze, on. De Stefani, ha assicurato la Presidenza dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti che il progetto per la riforma della legge sulle pensioni ai sanitari sarà portato innanzi al Consiglio dei Ministri per la eventuale approvazione in forma di decreto-legge. Nel mese di gennaio scorso la stampa politica e sanitaria comunicò, per informazioni che parvero attendibili, essere state già approvate le nuove norme ed essere imminente la pubblicazione del decreto. Ma purtroppo o la notizia era prematura o il Governo aveva creduto di soprassedere, in attesa che il Senato approvasse il progetto, già esaminato dalla Camera.

E il «Policlinico» assunte informazioni a fonte sicura, dovette smentire la buona notizia.

Ma il Senato, nelle ultime tornate di febbraio, ha chiuso presto i suoi lavori e non ha potuto esaminare il progetto di legge.

Questo ritardo pregiudica legittime aspettative e interessi. Da ciò il rinnovato proposito di provvedere mediante decreto-legge.

Interpreti dei bisogni e delle necessità dei sanitari anziani, che attendono con ansia le nuove norme per conseguire una posizione di meritato riposo in condizioni tollerabili, ci associamo alle premure che dalle Organizzazioni sanitarie giungono al Governo perchè sia rimosso ogni ostacolo e siano evitati ulteriori indugi.

La tutela igienica del lavoro.

Il Consiglio dei Ministri ha autorizzato il Ministro del Lavoro, on. Cavazzoni, a rivedere rapidamente lo schema di Regolamento generale per la igiene del lavoro, sfrondandolo e semplificandolo in modo che sia assicurata la doverosa tutela igienica dei lavoratori e non ne sia inceppato il libero e vigoroso sviluppo dell'attività produttrice.

Il Ministro provvede, a questo fine, alla elaborazione di uno schema di decreto-legge.

Il proposito è lodevole e darà utili risultati se sarà attuato con mentalità nuova, con visione realistica delle esigenze pratiche e sopratutto mirando a favorire iniziative spontanee, autonome e libere nei centri di lavoro.

Bisogna risolutamente rinunziare alla vecchia illusione della tutela in regime paterno, mediante riforme e istituzioni che vengano dall'alto e norme giuridiche fuori della realtà e controlli burocratici chè si risolvano in soprastrutture parassitarie. Stimolare iniziative, favorire organizzazioni autonome e non opprimere o comprimere o legiferare a vuoto.

Per le opere igieniche.

Come già preannunziammo, sono stati trasferiti al Ministero dei Lavori pubblici i servizi concernenti la costruzione degli acquedotti; rimangono al Ministero dell'Interno — Direzione generale della Sanità — i servizi per le altre opere igieniche.

QUESTIONI PRATICHE.

VIII. — La graduatoria nei concorsi e i rimedi giuridici contro i provvedimenti definitivi di nomina.

La graduatoria dei concorsi per l'ufficio di medico condotto deve essere pubblicata a concorso espletato, cioè dopo che il Consiglio Comunale abbia deliberato definitivamente. Si considera espletato il concorso anche se il Consiglio abbia deliberato di non nominare l'unico concorrente dichiarato idoneo e contro tale provvedimento sia stato prodotto ricorso all'autorità competente, cioè alla IV Sezione del Consiglio di Stato. La pubblicazione o meno della graduatoria non influisce sulla proponibilità del ricorso e sulla decorrenza del termine relativo.

Il ricorso può essere prodotto contro il provvedimento del Consiglio Comunale, anche per eventuali illegittimità inerenti al giudizio della Commissione: gli atti e le proposte di questa non sono provvedimenti definitivi, ma hanno efficacia e destinazione preparatoria.

Le illegittimità del provvedimento o del giudizio della Commissione viziano la deliberazione del Consiglio, che completa la formazione dell'atto amministrativo. Quindi, anche il medico dichiarato non idoneo dalla Commissione, qualora possa denunziare motivi di illegittimità o di eccesso di potere e non censurare apprezzamenti e valutazioni insindacabili, deve ricorrere contro la deliberazione del Consiglio per quei motivi che sono inerenti al giudizio della Commissione.

Il ricorso deve essere notificato nel termine di giorni 60 dalla comunicazione della deliberazione.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

IX. — Efficacia giuridica della stabilità dell'ufficio.

La natura giuridica e la efficacia del diritto alla stabilità dell'ufficio e dello stipendio degli impiegati degli enti locali — medici condotti, ecc. — sono ormai definite e nettamente precisate. Si può dire che, salve alcune situazioni dipendenti da norme speciali, le questioni fondamentali sono definitivamente risolute. Ma poichè ci si propongono spesso quesiti, in questa materia, crediamo utile riassumere sinteticamente quelle risoluzioni che costituiscono postulati non più discutibili.

La «stabilità» dell'ufficio costituisce un diritto *pubblico* soggettivo dell'impiegato alla conservazione dell'ufficio e alla irriducibilità dello stipendio, sino a quando il rapporto giuridico di impiego non sia risoluto per giusta causa: licenziamento per motivi giustificati; dimissioni; collocamento a riposo; *soppressione del posto effettiva* e non simulata.

Le norme concernenti la stabilità sono imperative; le parti non possono stabilire deroghe dirette o indirette o comunque regolare diversamente il rapporto. Qualsiasi convenzione (o deliberazione unilaterale) contraria alle norme di legge sarebbe nulla e, quindi, improduttiva di effetti giuridici. È indifferente che l'atto e la convenzione si presentino in forma apparentemente legittima: quale che sia la dichiarazione delle parti o la forma dell'atto, si ha riguardo al contenuto effettivo, eventualmente dissimulato, e se questo è contrario alla legge o è diretto a sottrarle la disciplina del rapporto, la deliberazione o la convenzione sono nulle.

Questa efficacia delle norme che regolano la stabilità è conseguenza della natura, del fondamento e della destinazione di esse, trattandosi di disposizioni stabilite dalla legge nell'interesse del pubblico servizio. Da questi principii direttivi dipendono importanti applicazioni concrete:

a) la stabilità dell'ufficio si produce *ope legis*, senza che occorra alcuna deliberazione che l'attribuisca, la dichiari o la riconosca;

b) è nullo e si considera come non avvenuto qualsiasi atto che attribuisca il diritto alla stabilità prima del tempo o fuori delle condizioni stabilite dalla legge; per es., in confronto dei medici condotti, prima del compimento del periodo di prova o in base ad una nomina deliberata senza concorso;

c) è nulla la dichiarazione di rinunzia alla stabilità o di accettazione di condizioni non previste dalla legge o diverse da quelle stabilite; per es., che l'impiegato si obblighi ad un periodo di prova più lungo di quello prescritto o che non si tenga conto, nel caso del medico condotto, del servizio interinale anteriore alla nomina per concorso, servizio che, ormai concordemente, è considerato valido agli effetti del periodo di prova.

Applicazione dello stesso principio è la disposizione dell'art. 33 del testo unico delle leggi sanitarie: il medico condotto licenziato durante il periodo di esperimento e poi riassunto in servizio nello stesso Comune o consorzio di Comuni, con o senza interruzione, congiunge al nuovo il precedente servizio agli effetti del periodo di prova.

X. — Indennità per ispezioni sanitarie fuori del centro abitato.

Agli ufficiali sanitari che, per ordine delle competenti autorità, eseguiscono visite ed ispezioni fuori della loro residenza, spettano i compensi per spese di viaggio e di soggiorno, stabiliti dal R. decreto 14 settembre 1862 (art. 86, reg. 19 luglio 1906).

È sorta questione per le visite ed ispezioni ordinarie; si deve, cioè, ritenere che la indennità sia dovuta soltanto nei casi di prestazione straordinaria?

Il regolamento non stabilisce limitazioni e non fa distinzioni.

D'altra parte non si può applicare in questo caso il criterio di massima che esclude qualsiasi retribuzione per tutte le prestazioni di opera che rientrano fra i doveri normali del sanitario; infatti nel caso in esame la espressione «compensi» è usata nel senso di rimborso di spesa e non di indennità per il lavoro dell'ufficiale sanitario, e il pagamento costituisce una reintegrazione delle spese anticipate per viaggio, vitto e alloggio fuori della residenza ordinaria.

Si deve intendere luogo di residenza il centro abitato del Comune perchè, esercitando l'ufficiale sanitario le sue attribuzioni nel territorio Comunale, la disposizione *equitativa* dell'articolo 86 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 sarebbe inapplicabile e quindi inutile se per residenza si dovesse intendere il territorio comunale.

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14, Roma (6).**

I quesiti non devono richiedere esame di atti o speciali indagini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Verso una maggiore chiarezza e sincerità per le assicurazioni obbligatorie contro le malattie.

Poichè l'argomento sempre importante delle Assicurazioni Malattie ritorna di attualità, crediamo opportuno di pubblicare per i nostri lettori, l'articolo del presidente della Federazione Nazionale dei medici liberi professionisti, apparso nell'ultimo numero del Medico Italiano *e ciò anche perchè l'esempio di Torino per il* referendum *sulla grave questione delle Assicurazioni Malattie sembra venga seguito da altri grandi Ordini medici come, ad es., quello di Milano, che lo ha pure indetto per la metà di marzo. È utile perciò che la classe medica conosca anche il parere della grande categoria dei liberi professionisti a traverso questo articolo del suo presidente:*

L'esito del *referendum* indetto dall'Ordine dei Medici di Torino sulle Assicurazioni malattie mi induce a fare un'eccezione alla regola che mi sono imposta di limitare al minimo possibile le mie manifestazioni grafologiche, poichè io sono di quelli che vorrebbero strozzare l'eloquenza o la grafomania verbosa, prolissa, inconcludente di molti colleghi. Per questo e per brevità di spazio sarò conciso e scheletrico nella forma a costo di sembrare incompleto nelle argomentazioni.

Tutti sanno che esiste un'apparente disparità e una grande confusione nella Classe medica circa il modo di giudicare la questione delle Assicurazioni malattie. Per risolvere tale stato di cose l'Ordine di Torino ha indetto un *referendum* per tutti i colleghi della Provincia. Per brevità invito i colleghi a leggere la formula di esso nel n. 2 della « Federazione Medica », a pag. 44.

Le notizie semi-ufficiali che io ho a tutto oggi sono: Schede arrivate 905; Schede nulle 30. Al primo quesito (rivolto specialmente contro il *così detto* Progetto Silvagni-Martinelli) risposero: *No*, 807; *Sì*, 49; astenuti, 19. Al secondo quesito risposero: *Sì*, 711 (che non vogliono un Progetto che conglobi l'assistenza sanitaria) e *No*, 134; astenuti 30.

Credo inutili commenti sottili o ingegnose deduzioni sul significato di questi numeri. Resta indiscutibile il fatto che l'esito del *referendum* (ammetto che la Classe medica di Torino non è la Classe medica d'Italia) seguito a breve distanza dal voto di *specificata sfiducia* a Martinelli a Bari, segna un severo monito per i troppo caldi fautori di un complicato e mastodontico Progetto per le Assicurazioni malattie.

Non dicano questi che il voto di Torino significa un nuovo orientamento della Classe medica e che tale voto è in contraddizione con quelli espressi in quasi tutti gli antecedenti Convegni. No.

Innanzi tutto la Classe medica *non ha mai* detto che le Assicurazioni malattie sono *necessarie* (eccettuato l'accenno in tal senso dell'O. d. G. al Congresso di Bari) come vuol far ancora credere l'ultimo ordine del giorno votato dal Consiglio della Federazione degli Ordini, *purtroppo* ad unanimità, l'8-9 novembre u. s. (« Federazione Medica », 1922, n. 22, pag. 11); bensì nei suoi vari Convegni ha sempre usato le parole meno imperative di « *plaude* », « *approva* », « *è favorevole* », al concetto informatore di una Legge sulle Assicurazioni malattie (*vedansi i resoconti di tutti gli O. d. G. dei vari Convegni*).

E si ponga ben mente che con tali parole i medici non intendevano di approvare il famoso Progetto della Commissione, ma solo l'idea generica che venissero aiutati gli economicamente deboli.

In secondo luogo se l'aver discusso il Progetto della Commissione e specialmente gli articoli riguardanti l'assistenza sanitaria, potè invero lasciar supporre che la Classe medica non era in massima contraria a tale Progetto, è doveroso però ricordare, per deprecarlo, il come e perchè sia avvenuto il grave errore di prestarsi a tale discussione e di dare così in mano al prof. Silvagni ed ai suoi cooperatori la forza per dire che la Classe medica aveva sempre accettato in via generale il Progetto della Commissione e quindi, pur con qualche modificazione, anche il Capitolo riguardante l'Assistenza Sanitaria.

L'errore avvenne al Convegno delle Rappresentanze Mediche indetto dal prof. Silvagni a Roma fin dal 14-16 luglio 1920, e fu dovuto alla indiscutibile, straordinaria abilità del prof. Silvagni a dirigere le assemblee e alla incompleta o assoluta impreparazione di molti dei presenti a trattare l'argomento.

In quel Convegno erano in lotta due tendenze. Una che pur approvando lo spirito etico delle Assicurazioni malattie, respingeva senz'altro il Progetto della Commissione, rifiutandosi alla discussione di esso per evitare anche l'apparenza di un suo parziale od integrale accoglimento (*Giglioli ed altri*). L'altra invece voleva la discussione per modificare alcuni articoli; non pensando di incorrere con essa nel grave errore che Giglioli e gli altri, con fine intuito, volevano evitare (*Oriani ed altri*).

Durante la mattinata è innegabile (e il prof. Silvagni potrà dire di ignorarlo, ma non giurarlo) che l'Ordine del giorno Giglioli andava raccogliendo la maggioranza. Ma il prof. Silvagni preferì rimandare la votazione alla seduta pomeridiana, dando in tal guisa facile esca alla insinuazione che, vedendo in pericolo il carissimo Progetto, nelle ore di intermezzo i suoi cooperatori avrebbero potuto conquistare voti all'Ordine del giorno Oriani. Avvenne infatti che molti di quelli che nella mattinata avevano aderito all'Ordine del giorno Giglioli si trovarono invece a votare quello Oriani nella seduta pomeridiana. Votanti 50: O. d. g. Oriani, voti 39; O. d. G. Giglioli, voti 11.

Pochissimi medici però sanno che quei voti rappresentano solo i voti di 50 singoli medici, perchè una stranissima distrazione del prof. Silvagni ha permesso di deliberare che quei voti rappresen-

tassero il parere di singole persone e non di Rappresentanti della Clase medica (*vedi Rendiconti Ufficiali del Convegno*). Quindi il Memoriale presentato dal prof. Silvagni al Ministro Labriola non era esatto per lo meno nel riferire che i voti del Convegno di Roma erano quelli delle Rappresentanze Mediche.

Fatto inconsapevolmente (?) l'errore di passare alla discussione del Progetto furono poi votati Ordini del giorno esprimenti i voti dei medici sugli articoli riguardanti l'Assistenza Sanitaria e questi furono riaffermati in tutti i successivi Congressi della Federazione degli Ordini, perchè una volta fatto l'errore di discutere il Progetto in un Convegno di Rappresentanze Mediche, era logico che si dovesse sempre sostenerli.

Al facile appunto che già prima il I Congresso della Federazione dei Liberi Professionisti (31 marzo 1920) aveva discusso il Progetto, rispondo che lo ha fatto pensatamente per non trovarsi impreparati alle future discussioni che altre categorie mediche avrebbero potuto fare sul Progetto.

Ho dovuto brevissimamente esporre questi fatti per orientare moltissimi colleghi che mi scrivono di non sapersi raccapezzare in mezzo alla confusione dei pareri circa il maggior o minore accordo della Classe medica di fronte alle Assicurazioni malattie e per spiegare le ragioni della sorda ostilità e della non sempre cortese polemica tuttora esistente contro il prof. Silvagni.

Riassumendo: basandosi sui voti dei Congressi, avvenuti come ho detto, una gran parte di medici sostengono:

a) di essere sempre stati *favorevoli* solo al concetto informatore della Legge per aiutare gli economicamente deboli e di *non* avere *mai* detto essere *necessarie* le Assicurazioni malattie per «avviamento a migliore assistenza sanitaria»;

b) di essere stati sempre convinti oppositori del mastodontico Progetto della Commissione: e di averlo discusso — senza dichiarare di accoglierlo dopo la discussione — soltanto per salvaguardare i loro diritti da esso minacciati e non coll'intendimento che l'aver votato qualche modificazione nel capitolo dell'Assistenza Sanitaria significasse riconoscimento da parte della Classe medica che il Disegno di Legge dovesse di diritto comprendere la Assistenza sanitaria;

c) di avere sempre inteso che il plauso al concetto generale della Legge non dovesse confondersi nè implicare il riconoscimento di un qualsiasi voto favorevole al Progetto.

Il prof. Silvagni invece sostiene che la maggioranza dei medici:

a) votò essere *necessarie* le Assicurazioni malattie (creando abilmente una confusione fra le parole «*plauso*», «*favorevole*», dette dai medici per lo spirito informatore della Legge e la parola «*necessarie*» riferentesi alle Assicurazioni «come dovere sociale e per avviamento a migliore assistenza sanitaria»;

b) ha accettato in via generale il Progetto portandovi solo alcune modificazioni nel dettaglio (interpretando erroneamente il fatto dell'avvenuto accoglimento della discussione, come generico accoglimento del Progetto);

c) non ha mai espresso chiaramente di voler fare una netta distinzione fra plauso allo spirito generale della Legge e approvazione del Progetto (cavillando su un errore di chiarezza nella compilazione del primo Ordine del giorno Oriani votato al primo Convegno di Roma (luglio 1920) per confondere e fondere due concetti che nella mente della maggioranza dei medici erano ben distinti e separati).

Si aggiunga il grave torto universalmente riconosciuto al prof. Silvagni — come già al dott. Martinelli che ne pagò il fio — di essersi sempre dimostrato un troppo tenace difensore del Progetto della Commissione. Per la riuscita di questo egli si trincera troppo volentieri dietro i mal compilati Ordini del giorno interpretandoli nel senso a lui favorevoli, trascurando però di ricordare tutto lo svolgimento delle discussioni in cui ha sempre aleggiato un largo spirito di opposizione che avrebbe dovuto essergli ognora presente per rammentargli sempre che anche nella questione delle Assicurazioni malattie egli è non il rappresentante soltanto della maggioranza dei medici, ma di tutti i medici d'Italia, e suggerirgli che in tale sua qualità egli deve *tutti* difenderli anche contro sè stesso.

Di fronte a così opposte versioni occorreva un giudizio chiaro e solenne anche per dare indicazioni al nuovo Governo — se esso crederà tenerne conto — perchè come disse il Sottosegretario alla Presidenza on. Acerbo e confermò recentemente il Direttore Generale della Previdenza Sociale al Ministero, le Assicurazioni malattie fanno parte sicura del programma fascista.

Torino ha già dato l'esempio.

Auguriamoci che lo stesso *referendum* (poichè per un'uniformità di giudizio occorre la stessa formula) venga indetto per tutti gli Ordini d'Italia, ne avrà guadagnato la chiarezza del giudizio e la sincerità nella Classe medica.

Non facciamo pronostici, se l'esito sarà uguale a quello di Torino, il Consiglio Federale dovrà modificare completamente l'O. d. G. da esso votato nell'ultima riunione, sebbene le abili parole «riservata ogni discussione di pratica applicazione» (Oh! ombra di Martinelli! il tuo tentato ravvedimento a Bari ha fatto scuola) vogliano far credere a un diminuito ardore nei nostri Dirigenti per il Progetto massimo.

Il prof. Silvagni poi, persuaso forse del suo torto, non a malincuore perchè certamente obbediente sempre alla Classe medica, muterà atteggiamento con sollievo di tutti. *Quod est in votis.*

A. Filè-Bonazzola.

Cronaca del movimento professionale.

Assicurazione malattie in Spagna.

In un'assemblea di medici municipali (condotti) venne stabilito che l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, gl'infortuni e la maternità sarebbe di detrimento alla professione medica.

Il Sindacato Medico e altre Società locali di

Madrid, invece, hanno votato ordini del giorno favorevoli all'assicurazione malattie, purchè i diritti dei medici siano garantiti. Risulta che vigono attualmente a Madrid 40 Società private d'assicurazione malattie, che accolgono più di 120,000 famiglie, le quali corrispondono 4 milioni di pesetas l'anno; queste Società private sfrutterebbero insieme i soci ed i medici (*Journal A. M. A.*, 6 gennaio 1923).

In una Conferenza nazionale sulle assicurazioni sociali tenuta a Barcellona, l'intervento dei medici nella discussione fu molto attivo. Discutendosi il 7° tema « Organizzazione delle assicurazioni; Collaborazione delle classi medica e farmaceutica », il presidente della Federazione dei Collegi medici spagnoli fece valere le seguenti basi di collaborazione: 1) Convenienza e necessità di una preparazione intensa e metodica, vòlta a studiare e divulgare i principii e i vantaggi delle assicurazioni sociali; 2) Nel caso che si stimasse di non poter dilazionare il provvedimento, venga condizionato alle seguenti norme: *a*) Limitazione dell'obbligatorietà alle classi bisognose; e qualora non volesse stabilirsi nessun limite, si lasci facoltativa l'assicurazione per le classi abbienti ed i premi siano proporzionali alla posizione sociale; *b*) Libertà assoluta di scelta del medico da parte del paziente; *c*) Che l'assistenza all'assicurato sia preferibilmente economica, assegnata in forma tale, che metta al sicuro gli onorari del medico; *d*) I Collegi medici abbiano un intervento diretto e definitivo nel regolare gli aspetti professionali, relativi all'assicurazione. Questi voti furono approvati ad unanimità. (*Rev. Espanñ. de Medicina y Cirugia*, gennaio 1923).

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazioné della sottoscrizione* (vedi fasc. 9 del 1923):

(REGGIO EMILIA):

Dott. Balli	L. 10—
Dott. Torreggiani	» 10—
Dott. Beggi	» 10—
Dott. Chiesi	» 20—
Dott. Ramusani	» 20—
Dott. Marconi	» 5—
Dott. Sforza	» 20—

(TRIPOLI):

Prof. Cortesi	» 25—
Prof. Ballatore	» 25—
Prof. Arcoleo	» 25—
Prof. Colombo	» 25—
Prof.ª Caruso	» 25—

(MILANO):

Dott. Medri (Terranuova)	» 20—
Dott. Caccialanza (Lodi)	» 20—
Dott. Bondigli (Tavazzano)	» 5—
Dott. Dolcini (Lodi)	» 10—
Dott. Ciccardi (Maleo)	» 10—
Dott. Garzia (Lodi)	» 20—
Dott. Villa (Guardomeglio)	» 10—
Dott. Cabrini (Maicago)	» 10—

(*Continua*).

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sono troppo note le benemerenze di Guido Baccelli verso gl'Italiani nel campo politico, sociale, umanitario, scientifico; ma è per i medici titolo di onore ricordare che, attraverso la sua molteplice attività, egli rimase, elettivamente, il clinico. Onde giova sperare che essi vogliano contribuire in modo fattivo ed unanime a onorarne la memoria, ora che un Comitato organizzatore provvede a raccogliere i fondi per erigergli un monumento e per pubblicarne le opere.

Il momento è propizio, poichè l'alacre attività da Lui spiegata per il risveglio della coscienza nazionale ha trovato piena corrispondenza ed espressione nel popolo e nel nuovo Governo.

Le offerte possono indirizzarsi al « Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli », via San Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19). Si ricevono anche presso il nostro Giornale. Chi si prenota per l'acquisto delle opere — le quali saranno stampate in esemplari numerati — e sottoscrive per almeno L. 25, riceverà le opere stesse col 15 % di riduzione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Medico primario; Lire 10,000 e 10 bienni del ventesimo. Scad. 31 mar.

BURANO (*Venezia*). — A tutto 20 marzo; età limite 45; L. 6000. Chiedere annunzio.

CAPRANICA (*Roma*). — A tutto il 25 marzo: lire 7000 per 2000 pov.; 5 quadrienni decimo; addiz. L. 1.50; L. 300 uff. san. Serv. entro 15 giorni.

CAPRINO VERONESE (*Verona*). — Scad. 15 marzo. Per Pazzon. L. 7500 e due c.-v., oltre L. 1800 cav.

CIVITELLA SAN PAOLO (*Roma*). — Proroga 28 feb. Stip. L. 7000; uff. san. L. 500; arm. farmac. 500; caro-viveri. Alloggio gratuito.

FANO (*Pesaro-Urbino*). — Due condotte rurali; L. 7000 per 500 pov.; addizion. L. 3; 10 trienni ventes.; L. 1000 disag. resid.; L. 3000 cav.; c.-v.

FIRENZE. — Cinque condotte; L. 7,100 e 8 trienni di L. 710; per gli ex-combattenti acceleram. di carriera. Oltre 2000 poveri addiz. di L. 2. Caro-viv. Per rimborso vettura L. 750. Scad. ore 17 del 20 marzo. Laurea da 3 anni. Voti universitarii. A riguardo degli invalidi di guerra dichiarati idonei: assegnazione dei posti che si rendessero vacanti. Chiedere annunzio.

GIOVE (*Perugia*). — A tutto il 31 marzo: L. 9000 e 3 quinq. decimo; 1 c.-v. Età limite 45. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio.

LODI. — Scad. 5 marzo, ore 16; vedi fasc. 9.

MONTECALVO VERSIGGIA (*Pavia*). — A tutto 15 marzo. Ab. 1922; L. 6500 per residenza; L. 1000 per il 20 % popolazione povera; L. 5 per ogni povero in più; L. 300 uff. san.; L. 2000 cavallo; L. 1000 caro-cavallo. Assunzione entro due mesi dalla nomina ufficiale. Immune da diffida.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

RAVENNA. — Direttore del Gabinetto Medico-Mi-

crografico del Comune. Scad. 20 marzo. L. 10,600, dieci bienni del ventesimo, c.-v., percentuale sulle analisi ai privati o ad altri Comuni. Titoli ed esami regolamentari. Età 45 anni. Documenti di 3 mesi dal 18 febbraio. Gli esami avranno luogo alla Università di Bologna.

ROCCAROMANA (*Caserta*). — Scad. 10 marzo; lire 6000 stip. e relativi benefici di legge. Chiedere bando.

ODOLENGO PICCOLO (*Alessandria*). — Scad. 15 mar. L. 4500 oltre L. 500 uff. san.; L. 1200 primo c.-v. provvisorio, L. 1800 cav.; alloggio.

PORTICO (*Firenze*). — Con S. Benedetto in Alpe. Scad. 12 marzo. L. 6000 e due c.-v.; L. 2000 p. cavalc. (revidibile); 5 trienni decimo. Età 21-40 anni. Ab. 1230 di cui circa 100 pov.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — 35 assistenti. Docum. alla Segr. Gener. non oltre le ore 15 del 15 marzo. Età limite 30. Tassa d'esame L. 50, non reperibile. L. 4500; ritenuta di L. 50 per spese di concorso, in aggiunta alla tassa. Chiedere annunzio.

TAVOLETO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 marzo. Lire 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 3000 cav.; L. 1000 disagiata resid.; L. 300 uff. san.; assicur.; abitaz. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni.

TORELLA DEI LOMBARDI (*Avellino*). — Ab. 3514. L. 4500 e c.-v.; 5 quadrienni decimo. È obbligatoria la pernottazione nel comune. Scad. 30 giorni dal 17 febbraio.

BORSE DI STUDIO.

Per lo studio della malaria.

Il Ministro per l'agricoltura, riconosciuta la necessità di incoraggiare le ricerche malariologiche e anofelogiche, più strettamente connesse con la bonifica agraria dei terreni, onde poter rendere più agevole la trasformazione e la colonizzazione di questi, ha istituito due borse di studio, ciascuna di L. 12,000, da conferirsi dal Ministero a laureati in scienze agrarie, o naturali, o medicina e chirurgia, per la esecuzione di ricerche malariologiche ed anofelogiche connesse con la colonizzazione e con la piccola bonifica igienica dei terreni malarici.

Ciascuna borsa, nel cui ammontare sono comprese tutte le spese inerenti alle ricerche da eseguire, sarà corrisposta in rate bimestrali posticipate, e verrà goduta nel periodo di 12 mesi continui, da trascorrere presso RR. Istituti d'istruzione o sperimentali o presso istituzioni private di riconosciuta importanza.

Alle memorie che risulteranno particolarmente meritevoli per la originalità e speciale importanza delle ricerche compiute il Ministero di agricoltura potrà assegnare un adeguato premio in danaro.

Le domande di partecipazione al concorso dovranno pervenire in carta legale da L. 2.40 al Ministero di agricoltura (Direzione generale colonizzazione e Credito agrario), entro il 31 marzo 1923. Età massima 35 anni alla data suddetta.

Il decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 31 gennaio 1923, n. 18. Si può richiederne il testo alla Direzione di cui sopra.

Questo concorso ci sembra rivestire un alto significato: esso dimostra lo spirito di progresso da cui è animato l'attuale Governo; attesta il proposito di valersi di mezzi fattivi per risolvere, battendo vie nuove, il problema secolare della malaria, che intristisce tanta parte dell'Italia agricola.

Mentre manifestiamo il nostro consenso incondizionato per l'istituzione delle due borse di studio, non possiamo dissimulare la nostra sorpresa per il limite di 35 anni, fissato per i concorrenti. Esso porta ad escludere coloro che si sono già affermati negli studi sperimentali e che offrono garanzia di recare un contributo efficace alla soluzione del grave problema. Non solo, ma elimina automaticamente tutti coloro che hanno fatto la guerra: i giovani perchè non hanno ancora avuto campo di eseguire ricerche originali che ne dimostrino il valore; gli anziani perchè hanno varcato il limite d'età prescritto.

Evidentemente si tratta di una inavvertenza, cui sarà facile rimediare mercè un decreto suppletivo che abolisca ogni limite di età, o porti questa ad un limite elevato.

MEDICINA SOCIALE.

Per la destinazione degli avanzi nei Consorzi granarii nell'assistenza dei tubercolotici.

L'on. dott. Bortolo Bellati, presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Belluno, ha recato al Ministero delle Finanze l'ordine del giorno dei sanitari circa l'impiego dell'avanzo di due milioni residuato dopo chiusa la contabilità del Consorzio granario.

Ci consta che il Ministro delle Finanze sta raccogliendo i voti formulati a proposito di tali avanzi nelle varie provincie. Disparatissime sono le proposte, talune delle quali polverizzerebbero addirittura i civanzi senza vantaggio di nessuno. Qualche provincia, ad esempio quella di Verona, domanda come quella di Belluno di utilizzare il civanzo del Consorzio granario nell'assistenza dei tubercolosi.

Il Ministro ha nominato una speciale Commissione, la quale deve coordinare e studiare le varie proposte: l'on. De Stefani si riserva poi ogni decisione.

È evidente che gli avanzi dei Consorzi granari essendosi ottenuti a spese delle popolazioni — le quali pagarono a più caro prezzo la merce venduta dal Governo — debbono essere destinati a opere di carattere locale. Ma bisognerebbe che le varie Provincie si mettessero d'accordo sull'impiego degli avanzi medesimi e nessun uso migliore secondo noi potrebbe farsene che devolvendoli alla cura della tubercolosi, intesa razionalmente e come vorrebbero la legge, le moderne esigenze igieniche, ed il dovere di assistenza verso i tubercolosi, gli ex combattenti tubercolotici, le loro famiglie e la società; cura che non solo è ovunque deficiente, ma quasi assolutamente mancante in moltissime provincie italiane.

NOTIZIE DIVERSE.

Nella Presidenza della Croce Rossa.

L'assemblea del Comitato centrale della Croce Rossa Italiana ha tenuto la sua adunanza annuale. Presiedeva il presidente dell'Associazione, senatore Giovanni Ciraolo. Erano presenti i vice presidente on. Ettore Marchiafava, generale Guido Bassi, tutti i membri del Consiglio direttivo e i presidenti dei principali Comitati del Regno.

Il presidente ha riferito sulle iniziative, le opere e lo stato della Croce Rossa Italiana durante l'anno 1922. Ha presentato il bilancio consuntivo del Comitato centrale per l'anno 1922 ed il bilancio preventivo per l'anno 1923. Il bilancio consuntivo si chiude con una differenza attiva di L. 2,184,855.24 derivante dal conto economico e con un aumento in dipendenza della gestione del patrimonio di L. 3,352,736.16 così che il patrimonio netto del Comitato centrale della C. R. I. è salito da L. 14 milioni 176,611.56 che era al primo gennaio 1922 a L. 19,714,202.96.

Dopo avere adottato le conclusioni della Commissione speciale nominata dal Consiglio direttivo per la riforma degli ordinamenti amministrativi e i miglioramenti economici al personale del Comitato centrale, l'assemblea ha accettato, con vivo rincrescimento, le dimissioni da vice presidente presentate dal comm. Bonaldo Stringher e lo ha nominato Alto Consultore finanziario della C. R. I. conferendogli la medaglia d'oro al merito; ha accettato le dimissioni da consigliere del sen. Vittorio Scialoja, nominato Alto consultore della C. R. I. ed ha accettato le dimissioni da consigliere del generale medico Giuseppe Brezzi e gli ha conferito la medaglia d'oro al merito.

Dovendosi procedere a coprire le cariche in seguito alle dimissioni suddette, il presidente sen. Ciraolo, ha fatto rilevare che, pur restando ferma la grande e nobile tradizione di neutralità politica della C. R. I., questa deve continuare a raccogliere nei propri Consigli direttivi l'espressione di tutte le correnti di pensiero e di sentimento del Paese ed ha proposto all'assemblea di sostituire i dimissionari con personalità espressive di quei nuovi indirizzi che non erano ancora entrati nella fase della collaborazione nelle pubbliche amministrazioni quando si era proceduto alle ultime elezioni del Consiglio direttivo.

E pertanto ha proposto per la carica di vice presidente l'on. Giacomo Acerbo; e per i quattro posti nel Consiglio direttivo l'on. dott. Edoardo Torre che, prima di essere assunto ad Alto Commissario per le Ferrovie, diede attiva opera per l'organizzazione antitubercolare della C. R. I., il comm. Michele Bianchi, l'on. ing. Luigi Luiggi e l'on. avv. Giuseppe Bottai. Ed ha proposto per la nomina a presidente nella Commissione delle opere antitubercolari l'on. dott. Raffaele Paolucci, medaglia d'oro.

L'assemblea, per acclamazione, ha proceduto alla loro elezione; ha in fine unanimemente approvato un ordine del giorno di plauso al presidente on. Ciraolo e di solidarietà.

Corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche.

A complemento dei corsi annuali di insegnamento pratico per medici, tenuti presso l'Ospedale Maggiore di Milano, che tanto favore hanno incontrato nel campo medico, così da annoverare oltre cento medici chirurghi inscritti, si comunica che dal 26 marzo al 25 aprile p. v. si terranno *corsi speciali di tecniche diagnostiche e terapeutiche.*

Le iscrizioni si ricevono presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore, dietro pagamento di lire 25, a titolo di rimborso spese. Chiedere l'elenco dei corsi alla Direzione suddetta.

Gli scambi di personale sanitario e la diffusione della cultura medica italiana.

La «Lega Italiana per la tutela degli interessi nazionali», con sede centrale in Roma (7), via del Giardino, 76 (angolo via del Parlamento), ci comunica:

«I Ministeri degli Interni e dell'Istruzione Pubblica, hanno segnalato che i funzionari dell'Amministrazione sanitaria italiana, che in attuazione delle determinazioni prese dal Comitato di Igiene della Società delle Nazioni relativamente al primo esperimento di scambio di personale sanitario fra i vari Paesi, sono stati recentemente nel Belgio, in Polonia e a Ginevra prendendo parte a corsi teorici e pratici, hanno dovuto rilevare come gli Istituti Scientifici da essi visitati, mentre erano largamente dotati di giornali e riviste di altri paesi, erano affatto privi di pubblicazioni italiane.

«È stato constatato che la deficenza dipende dalla scarsa distribuzione delle nostre pubblicazioni scientifiche, che fa sì che le nostre istituzioni e il nostro programma scientifico non appaiano all'Estero in quella luce che meriterebbero.

«La «Lega Italiana» ha interessato i principali nostri Istituti e tutti i giornali medici, a tenere nella massima considerazione i rilievi fatti dai nostri funzionari, organizzando in modo più largo e regolare la diffusione delle nostre pregevoli pubblicazioni che fanno onore anche nel campo della medicina ai nostri scienziati e all'Italia».

L'incitamento giunge opportuno. La nostra magnifica produzione editoriale resta localizzata: non varca quasi i confini nazionali. Sarebbe desiderabile una valida organizzazione di propaganda; la iniziativa potrebbe partire, ad esempio, dall'«Associazione della Stampa Medica Italiana», così degnamente presieduta dal sen. Sanarelli, col concorso degli editori e dello Stato italiano.

Ditta farmaceutica liberata da un'accusa.

Nel nostro n. 2, p. 67, accennavamo ad una misura del Ministero dell'Interno, nei riguardi di alcune ditte farmaceutiche i cui prodotti erano risultati, all'analisi, non rispondenti per dosatura, purezza o natura alle dichiarazioni con cui erano immessi in commercio.

La ditta Zabban di Bologna, presentatasi avanti

al Pretore Urbano, il 16 gennaio u. s., venne assolta per inesistenza di reato; il Ministro dell'interno ha ora confermato la sentenza assolutoria con un decreto che annulla, per ogni effetto, il decreto precedente, essendo risultato che la partita di pastiglie di sublimato, che dette origine alla precedente deliberazione, rappresentava il residuo di una fornitura che veniva gradatamente rilavorata e trasformata e che era stata fornita da un'altra Ditta; altri prelevamenti dettero una composizione normale, tanto che il Ministero aveva già tolto il sequestro al prodotto.

Elargizioni.

La Commissione centrale di beneficenza della Cassa di Risparmio per le Province Lombarde, sotto la presidenza del sen. Marcora, ha avuto messo a disposizione la somma di 2 milioni e 990 mila lire, per erogarla nelle diverse categorie di sussidi. La Commissione ha proposto, tra l'altro, l'assegnazione di L. 110,000 al Sanatorio Umberto I, per mantenere 12 letti di patronato gratuito e 36 di patronato semigratuito.

Il sig. Gian Maria Mauro, morto a Milano, ha disposto di un legato di L. 100,000 in favore dell'Ospedale Maggiore di questa città.

Il cav. Giuseppe Carrubba, residente da anni in America, ha fatto pervenire all'Ospedale Civico di Licata, sua città natia, la munifica donazione di L. 50.000. Altra volta egli aveva elargito una somma uguale allo stesso Ospedale

---

Il mattino del 25 gennaio, spegnevasi in Torino, sereno come visse, nell'età di 78 anni, il professore DANIELE BAJARDI, già ordinario di Patologia Chirurgica nella R. Università di Torino, dove era venuto nel 1902 da Firenze, che l'aveva avuto per circa 20 anni professore nel suo Istituto Superiore. Non è ancora in noi spento l'eco delle solenni onoranze che due anni or sono, inaugurandosi una lapide a ricordo del suo insegnamento nella Scuola di Patologia Chirurgica di Torino, colleghi, amici ed allievi con devoto affetto e con viva riconoscenza gli tributavano pubblicamente per il suo collocamento a riposo e ancora pochi giorni prima della sua morte vi era in Lui tanta giocondità e serenità di spirito, tanta forza di vita fisica, che non si sarebbe mai più pensato ad una fine purtroppo così vicina.

Grande lutto per la Scuola e per la Patologia Chirurgica, a cui Egli dette ognora tutte le forze vive del suo intelletto e della sua anima grande, generosa e buona.

Lascia nel campo della Patologia Chirurgica orme indelebili: i suoi lavori sulla formazione e sulla riduzione del callo osseo nelle fratture, sulla rigenerazione dei capi articolari nelle resezioni sottocapsulari periostee, sulle neartrosi, sulla rigenerazione del midollo osseo, sugli angiomi muscolari sono lavori fondamentali; altri argomenti i più vari e i più importanti della Patologia e della Clinica, dimostrano la profonda cultura del patologo e la chiara lucidità del clinico.

E tutta questa grande luce di scienza era in Lui resa più viva e più bella da una bontà senza pari, da una modestia inarrivabile, da una serena ingenuità che confortava e attirava a sè quanti lo avvicinavano. Al Maestro, all'Uomo, al Cittadino inviamo commossi il nostro memore e affettuoso pensiero.

P. SISTO.

Indice alfabetico per materie.

Agglutinazione: ricerche . . . . *Pag.* 314
Appendicite cronica: esiste l'— fin dal suo inizio? . . . . » 297
Asma bronchiale e polmoniti pregresse . » 317
Asma bronchiale: sull'— . . . . . . » 317
Assicurazioni obbligatorie contro le malattie 322, 323
Bibliografia . . . . » 313
Concorsi: graduatoria e rimedi giuridici contro i provvedimenti definitivi di nomina . . . . » 320
Diabete mellito: i medicinali usati nel — » 310
Diabete mellito sifilitico . . . . . . » 307
Febbricola tubercolare benigna a manifestazioni pleuritiche . . . . . » 316
Fenomeno degli «occhi di bambola»: intorno al — . . . . » 302
Funghi: tossicologia . . . . » 315
Ispezioni sanitarie fuori del centro abitato: indennità . . . . » 321
Licenziamento per fine di periodi di prova . . . . *Pag.* 321
Liquido cerebro-spinale: origine . . . » 319
Obesità grave: casistica . . . . . » 314
Polmonite acuta e broncopolmonite dell'infanzia: trattamento . . . . . » 318
Polmonite crupale: decorso delle epidemie di — . . . . » 319
Respirazione nasale e tubercolosi polmonare . . . . » 316
Sinfisi pleurica: paradossi . . . . . » 317
Stabilità: efficacia giuridica . . . . » 320
Trapianti ossei applicati alla riparazione dei metacarpi e delle falangi . . . » 311
Tubercolosi: diagnosi sierologica . . . » 315
Tubercolotici: impiego della formalina contro il sudore . . . . » 315
Versamenti tubercolari delle sierose: cura con cloruro di calcio . . . . . » 316

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 12 Marzo 1923 Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: U. Arcangeli: Sulle febbri criptotubercolari o da tubercolosi ócculta.

Note e contributi: K. Hajós: Il trattamento delle ossiurasi col salvarsan.

Dalla pratica per la pratica: P. Gilberti: Operandi ed operati. (A proposito di cura pre- e postoperativa).

Igiene: O. Ricci: Relazione medica su di una campagna antimalarica nel suburbio di Roma.

Sunti e rassegne: DIAGNOSTICA: H. Patrick e D. Levy: La diagnosi dell'epilessia. — CHIRURGIA: C. Vercesi: Su una rara forma di tumore del cellulare pelvico. — TECNICA MEDICA: G. Milian: Profilassi e trattamento degli inconvenienti della puntura lombare.

Notizia bibliografica.

Accademie, Società mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Roma. — R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Dermatologia: Le intertrigini. — Alcune comuni eruzioni infantili. — La cura della psoriasi. — La paraffina contro il dolore nell'herpes zoster. — Nel prurito vulvare. — Nella boccheruola infantile. — Il trattamento abortivo della blenorragia. — SEMEIOTICA: Differenze fra temperatura ascellare ed inguinale. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Qual'è la natura delle vitamine? — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Politica sanitaria e giurisprudenza: Questioni pratiche.

Nella vita professionale: G. Dragotti: La riforma del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato. — Cronaca del movimento professionale. — IGIENE SOCIALE: I colori artificiali nell'igiene sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Cronaca epidemiologica.

Profili: Giuseppe Caronia.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.

Sulle febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta.

Dott. prof. UBERTO ARCANGELI

Medico primario, libero docente di Clinica medica.

Sotto questo titolo intendo trattare di tutte le febbri dovute ad infezione per il bacillo di Koch, nelle quali non è facile a prima vista scoprire la natura dell'infezione e la sua localizzazione. Non bisogna tuttavia prendere troppo alla lettera l'espressione « tubercolosi occulta », perchè nella grande maggioranza dei casi è possibile con un esame diligente del malato e talora con l'aiuto dei mezzi moderni d'indagine clinica, fare esattamente la diagnosi. Soltanto ragioni di pratica utilità nell'esercizio giornaliero della medicina mi hanno consigliato a riunire sotto questo titolo forme cliniche varie nella presente nota. Troppo spesso il medico pratico dimentica l'esistenza di queste febbri: troppo spesso non ne riconosce la vera natura con danno dei malati e con disdoro dell'arte salutare!

Non riferirò la ricca letteratura sull'argomento e farò pochissime citazioni, ma mi servirò di quello che l'esperienza e l'osservazione di molti anni mi hanno insegnato. Perciò avverrà che io scriva cose già dette e scritte da altri anche meglio che da me: nè farò questioni di priorità, lo scopo di questa nota essendo puramente didattico.

Queste febbri sono straordinariamente frequenti.

Nel XIV Congresso della nostra Società di Medicina Interna (1) nella magnifica relazione « Sulle febbri occulte » del compianto professor Bozzolo fu data, a mio avviso, troppo scarsa importanza alla tubercolosi come cagione di febbri di origine nascosta; ed io richiamai allora l'attenzione dei colleghi sulla frequenza di esse, su qualche particolare del loro decorso, e sull'importanza dell'esame dei gangli dell'ascella, come indizio, quando sono ingrossati, di localizzazioni intratoraciche del bacillo di Koch.

D'allora feci sempre attenzione a queste febbri, ed in un articolo pubblicato sulla *Rivista*

(1) Questa nota doveva essere comunicata alla Soc. di Med. Int. Italiana nel Congresso tenuto in Napoli nell'ottobre 1921.

Ospedaliera nel 1912, col titolo «Sulle febbri di origine oscura e le così dette infezioni intestinali» sostenni che l'85 % delle così dette «infezioni intestinali» dei medici pratici, che non sono nè tifi, nè paratifi, nè febbri di Malta, sono febbri tubercolari. Qualcuno credette questa affermazione esagerata, e me ne mosse rimprovero; ma i progressi dei metodi diagnostici e l'esperienza hanno fortunatamente modificato le idee che allora regnavano in proposito e che purtroppo non sono ancora del tutto corrette, ed hanno persuaso sempre più me, ed altri, che il mio modo di vedere è giusto.

Malgrado il miglioramento nell'educazione clinica, purtroppo si continua anche oggi a far diagnosi d'infezione intestinale in queste febbri, e ciò non soltanto da medici modesti di città o di campagna, ma persino da medici che vanno per la maggiori e da clinici: per il che non sembrerà superfluo che io tratti brevemente dei sintomi di dette febbri e del modo di riconoscerle e curarle.

***

Queste febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari, come io proposi chiamarle, possono assumere tipi ed entità varie; per comodo di esposizione mi è sembrato utile classificarle in cinque gruppi, avvertendo che molte forme di passaggio, e modificazioni del decorso possono rendere assai difficile nei singoli casi assegnarli all'uno o all'altro tipo.

Il 1° è costituito dalle così dette febbricole tubercolari.

Il 2° da febbri accessionali-episodiche.

Il 3° dalle così dette «febbri gastriche».

Il 4° dalla tifo bacillosi di Landouzy.

Il 5° dalle febbri a tipo pseudomalarico o piemico della tubercolosi miliarica.

***

La febbricola tubercolare è di tutte le forme di febbri criptotubercolari, la più frequente: è il modo col quale si appalesa più spesso all'inizio l'infezione tubercolare o almeno la sua diffusione.

Si tratta di una febbretta a 37°.3-37°.6 più raramente fino a 38°, che dura poche ore, tre quattro sulle 24, il più delle volte nel pomeriggio, quasi sempre dopo il pasto e non si accompagna a sintomi rilevanti: e che persiste monotona ed uguale per settimane, per mesi e talora per anni. Alcune volte i malati se ne accorgono soltanto nel mettere il termometro per rendersi ragione di un malessere inesplicabile, di un poco di mal di testa che li colpisce sempre alla stessa ora, o di un senso di debolezza: altre volte è un calore fastidioso nella palma delle mani o secchezza delle labbra che fa nascere il sospetto della febbre. Questa cresce col movimento, con gli strapazzi fisici, migliora col riposo.

I malati sono per solito persone giovani, donne più spesso che uomini; ragazze indebolite negli studi, o nel lavoro, o che hanno sofferto delusioni amorose, che hanno mangiato poco o per miseria o per voler esser magre, giovani spose in stato interessante; giovanetti affaticati dagli esami, o esauriti dagli eccessi venerei.

Si osservano queste febbri in tutte le stagioni, ma a preferenza in estate, quando si scontano le fatiche per gli studi dell'annata scolastica, ed il caldo toglie l'appetito. Questo in genere è conservato, ma qualche volta è indebolito, e non di rado la febbre è stata preceduta da più tempo da dispepsia; l'alvo è regolare o stitico: quasi tutti i malati negano di aver tosse, ma spesso al contrario hanno qualche colpo di tosse, o il bisogno frequente di raschiare: non mancano talora dolori nelle spalle.

Sono per solito pallidi e magri e spesso presentano il tipo dei predisposti, ma non mancano eccezioni: ho visto febbricole tubercolari in individui robusti, di aspetto florido, o polisarcici.

Questa forma di febbre tubercolare merita appena il nome di occulta perchè l'esame obbiettivo ordinario svela quasi sempre la sua natura.

Non mancano infatti quasi mai le tumefazioni delle glandole linfatiche al collo ed alle ascelle, o da un lato o d'ambedue: le glandole sono per solito della grossezza di una nocciuola o di un'oliva, raramente più grosse: all'esame fisico del torace è frequente una leggera ipofonesi in corrispondenza di un ilo (il più delle volte dal lato dell'ascella che fa sentire la glandola ingrossata) o al disotto di una spina scapolare: gli apici per solito non sono alterati. Per avvertire queste leggere modificazioni della sonorità polmonare è necessario fare la percussione comparativa dei due lati percuotendo assai delicatamente. All'ascoltazione spesso si sentono dei rantoli secchi sotto una delle spine scapolari, o sotto ambedue: non è raro che questi rantoli si possano percepire soltanto ascoltando con lo stetoscopio ed esercitando una certa pressione; più difficile è percepirli ascoltando con l'orecchio applicato direttamente sul torace. Le alterazioni della sonorità polmonare possono

sfuggire facilmente quando le alterazioni sono bilaterali e simmetriche perchè manca il termine di confronto.

All'esame radiologico si notano spesso aumentate di opacità le ombre degli ili, e delle strie opache verso le regioni sottoapicali (le così dette strie peribronchitiche); la trasparenza degli apici è per solito normale: quasi mai si vedono le glandole dell'ilo fortemente ingrossate (questo reperto è più frequente nei bambini e nei ragazzi, ed appartiene alla 3ª forma di febbri criptotubercolari): qualche volta si osservano glandole calcificate o nodi di calcificazione nel parenchima polmonare.

L'espettorato manca il più delle volte, e se c'è, la ricerca del bacillo ha per regola esito negativo: manca l'albuminuria, o se c'è, è nella forma di albuminuria ortotica (detta anche ortostatica). La cutireazione per solito è positiva alla tubercolina. Il polso qualche volta (ma non sempre) accelerato.

Questa febbre può durare invariata, settimane, mesi ed anni: non è sensibilmente influenzata dall'alimentazione.

Ho visto malati nei quali la febbre scompariva quando andavano in riposo in campagna, e tornava quando riprendevano le loro occupazioni in città.

Se i malati sono ben alimentati e ben curati lo stato generale può non soffrire ed anche migliorare e la nutrizione divenire eccellente, malgrado la persistenza della febbricola.

In un mio malato (un giovane ingegnere che conta circa 30 anni) la febbre s'iniziò col tipo 3° (così detta febbre gastrica) proseguì col tipo di febbricola, e con qualche intervallo dura da circa sei anni: malgrado ciò ha potuto servire la patria in guerra per 4 anni come ufficiale al fronte, ha potuto compiere gli studi: il suo aspetto è fiorente ed ottima la sua nutrizione: i fatti obbiettivi immutati o quasi: la febbre scompariva in alta montagna.

Ho già detto che questa febbricola si può osservare in persone ben nutrite, di aspetto florido. Ricordo di un mio malato di aspetto atletico e del peso di 104 kil., che si ammalò con una febbre del tipo 3°: fu da altri curato per la chimerica infezione intestinale: colla dieta, i purganti, e per di più lasciato alle sue faticose occupazioni di studente d'ingegneria! Guarì con cure climatiche, ricca alimentazione, riposo, ecc.: potè fare tutta la campagna senza risentire danni: recentemente in seguito a fatiche eccessive professionali ha avuto una ricaduta di febbricola guarita ugualmente con il riposo e la cura climatica. Una donna sulla quarantina del peso di 112 kil. ammalò con febbre modica (del tipo 3°) e con eruzione di eritema nodoso: la febbre proseguì come febbricola: quando io la vidi questa durava già da più mesi, e malgrado ciò la donna non era dimagrita e conservava l'aspetto pletorico: l'esame obbiettivo ordinario e l'esame radiografico dimostrarono che si trattava di febbre tubercolare per tubercolosi ilare e sottoapicale sinistra. Altra donna del peso di 117 kil. ho visto curata per anni per un'ipotetica infezione intestinale a causa di una febbricola; essa presentava segni evidenti di lesione polmonare a sinistra. Un giovane artigliere di aspetto robustissimo (il più forte della sua batteria) e del peso di 87 kil. soffriva da più mesi di una febbricola, la cui natura tubercolare era rilevata da un attento esame obbiettivo.

La febbricola tubercolare può iniziarsi come tale o tener dietro a febbre più elevata di durata variabile, il più delle volte di 2-3 settimane, quali saranno descritte nel gruppo N. 3. In questo caso è più facile riconoscerne la natura.

La diagnosi in genere è tutt'altro che difficile: l'aspetto del malato, la sua costituzione, l'ambiente in cui vive, la così detta eredità tubercolare, i gangli ingrossati al collo ed alle ascelle sopra tutto, una lieve ipofonesi in corrispondenza di un ilo o di una fossa sottospinosa, qualche rantolo secco, e se tutto ciò non basta, l'esame radiologico del torace, permettono di fare subito la diagnosi. Ho ricordata la difficoltà che può derivare dal fatto che le alterazioni ilari siano bilaterali, dello stesso grado e lievi.

Malgrado la facilità della diagnosi, questa spesso e volentieri non è fatta, ed i poveri malati sono curati per l'ipotetica infezione intestinale con dieta ristretta e persino lattea assoluta, con purghe, disinfettanti intestinali, e clisteri d'ittiolo! E con quale ostinazione medici e malati malgrado l'inutilità, anzi il danno di dette cure, le proseguono per settimane e per mesi! ed i poveri malati condannati al digiuno, e per giunta lasciati non di rado alle loro consuete fatiche, si riducono in tristi condizioni di debolezza e di denutrizione! tanto può ancora il pregiudizio dell'infezione intestinale!

Altro errore non raro è quello di attribuire nelle donne la febbre all'anemia o allo stato di gravidanza. Ora l'anemia in queste malate è per solito assai lieve, mancano i sintomi ordinari della clorosi (pallore, forte diminuzione dell'emoglobina, appetenza speciale per i cibi acidi e per il sale, ecc.). È appena poi necessario che io ricordi che la clorosi non

dà febbre, se non nei gradi estremi, ed allora ha sintomi chiari. Anche la gravidanza non dà febbre per sè: la cagione più comune di febbre nelle gravide è la pielite; ma in questo caso per solito la febbre è più elevata, viene con brividi, e non mancano i dolori nelle reni, più spesso dal lato destro, ed il pus nelle urine.

In qualche caso i malati con febbricola presentano segni d'ipertiroidismo, e dobbiamo domandarci se la febbre è dovuta a una malattia di Basedow, o se l'ipertiroidismo è dovuto all'infezione tubercolare: si sa infatti che non è raro nei tubercolosi l'ipertiroidismo (Pende): ora per la diagnosi differenziale ricorderò che la febbre si osserva nella malattia di Basedow, nelle forme gravi, ben chiare; allora non manca nè il gozzo, nè il tumore di milza, nè la mononucleosi sul sangue; mancano le intumescenze glandolari al collo ed alle ascelle.

Il più delle volte in questi malati la febbricola è di origine tubercolare; l'ipertiroidismo è una complicazione.

Più difficile può essere la diagnosi differenziale tra questa forma di febbricola tubercolare e la febbricola sifilitica: e qualche volta quasi impossibile senza il soccorso della prova terapeutica, perchè le due infezioni possono coesistere.

Nella sifilide l'ingrossamento delle glandole è più diffuso, le glandole sono in genere più piccole e più dure di quelle tubercolari: la anemia è più notevole: v'è spesso l'alopecia che dà un aspetto speciale ai malati: manca di rado il mal di testa notturno: il fegato spesso è ingrossato e dolente, non di rado è udibile un rumore sistolico sull'aorta ed un rinforzo del 2° tono aortico (nell'aortite sifilitica non è rara la febbre), per non parlare di sintomi più chiari dell'infezione quali le alterazioni della cute, delle mucose e delle ossa, del sistema nervoso, ecc. Al contrario i sintomi a carico dei polmoni possono somigliare talmente a quelli della tubercolosi da rendere la diagnosi differenziale assai difficile: perchè anche nella sifilide polmonare si possono trovare ipofinesi all'ilo e nelle fosse sottospinose, rantoli secchi, diminuzione del murmure, ecc. come nella tubercolosi: e solo l'esame radiografico ci può mettere sulla via della giusta diagnosi.

In questi casi dubbi ci serviremo di tutti i criteri per la diagnosi differenziale, dalla storia del malato, alla prova di Wassermann e per ultimo al criterio terapeutico. In questi malati è da proscriversi il mercurio: il salvarsan al contrario è ottimo: in più casi è stata sufficiente una prima dose di gr. 0,60 di 914 per vedere scomparire una febbricola che datava da mesi e da anni! Inutili sono le piccole dosi di 0,15, 0,30, 0,45 così care a molti sifilografi! Altre diagnosi differenziali più rare e più facili sono con la febbricola epatica (da colecistite calcolosa), con la febbricola da infezione delle vie urinarie, con l'endocardite lenta, con il cancro (generalmente dello stomaco), con la setticemia di Bruce. Di questa ultima parlerò a proposito delle forme più gravi di febbri tubercolari. Nella febbricola epatica non manca la storia di coliche epatiche o almeno di dolori notturni all'epigastrio; non manca il dolore alla palpazione nella regione della vescicola biliare: per le infezioni delle vie urinarie basterà l'esame delle urine; per l'endocardite lenta, il tumore di milza, la anemia precoce, i rumori endocardici, l'emocoltura, i dolori reumatoidi, che aprono in genere la scena.

In quanto al cancro: l'età avanzata, l'anoressia, l'anemia precoce. È bene diffidare della diagnosi di febbricola tubercolare nelle persone di età avanzata: le due affezioni tubercolosi e cancro possono del resto associarsi. Ricordo il caso di una signora sessantenne che aveva avuto precedenti tubercolari: si ammalò con una febbricola che dopo qualche tempo si palesò essere dovuta ad un cancro dello stomaco inaccessibile alla palpazione.

Due parole sul prognostico e sulla cura. Il prognostico in genere è buono: queste febbricole sono l'effetto di lesioni poco estese e poco gravi: quasi mai ho veduto seguire ad esse la meningite tubercolare.

In quanto alla cura in prima linea l'igiene: buona alimentazione, anzi superalimentazione; se l'appetito è scarso stimolarlo con gli amari: il cambiamento di aria, aria libera in campagna o al mare: in alta montagna l'estate, al mare in inverno, in autunno ed in primavera: talora ho visto scomparire la febbre che datava da mesi, dopo 8-10 giorni di soggiorno in campagna o al mare: inoltre riposo corporeo e mentale. Dei rimedi di farmacia, i sali di calcio, le iniezioni iodo-arsenicale (utili specialmente se ci sono adenopatie evidenti), l'olio di fegato di merluzzo. Non è necessario nè utile combattere direttamente la febbre, stante il *suo grado minimo*.

***

Il 2° gruppo di febbri tubercolari è costituito da febbri a brevi periodi od accessionali: su questa forma ha recentemente richiamato la

attenzione dei medici il Cantieri (1) ed io mi associo a quanto egli scrive. Si tratta di attacchi di febbre improvvisa che raggiunge talora il 39° ed il 40° della durata da 2 a 5 giorni, la temperatura più alta il 1° giorno va degradando rapidamente e torna per solito alla normale il 4°, 5° giorno; qualche volta ho visto a questi attacchi di febbre alta seguire una febbricola (37°.2-37°.4) per molto tempo: del resto, come è noto, anche i malati con tubercolosi polmonare confermata, vanno soggetti a queste febbri accessionali. La febbre non si accompagna a particolari molestie: un poco di mal di testa se la febbre è alta.

Si osservano queste febbri accessionali specialmente nei ragazzi; le ho osservate anche in bambini ed in adulti giovani.

Sono attribuite senza eccezione ad indigestione, e curate in conseguenza col digiuno e coi purganti; e poichè di questi non si fa mai a meno, si attribuisce ad essi il cessare della febbre, e non si constata che essa cesserebbe ugualmente se non si usassero.

Gli attacchi si possono ripetere con una certa regolarità ogni mese o due; possono rientrare in questa forma le febbri mestruali che si osservano così spesso in donne con tubercolosi latente. Malati che hanno avuto più volte di questi attacchi brevi possono più tardi presentare altra forma di febbri tubercolari, ad esempio attacchi di 10-15 giorni di durata, che saranno poi descritti nel 3° gruppo.

Ho in cura da un paio di anni due ragazzi sui dodici anni di età che da più tempo andavano soggetti a questi attacchi di febbri: come di regola queste erano attribuite ad indigestione ed i poveri ragazzi erano tenuti ad un regime alimentare severo e purgati ripetutamente: la nutrizione e lo sviluppo ne avevano naturalmente sofferto.

L'esame obbiettivo completo mostrava l'avvenuta infezione tubercolare: qualche ganglio al collo ed alle ascelle, ipofonesi nello spazio scapolo-vertebrale, ed in uno dei due qualche rantolo secco: la radiografia confermò la diagnosi clinica. Persuasi i genitori a grande stento, che non si trattava di febbri di indigestione, soppresse le purghe, messi i ragazzi ad un'alimentazione ordinaria ed abbondante, le febbri fino ad ora non si sono più ripetute (da un anno e mezzo o due) ed i ragazzi (uno specialmente) hanno guadagnato molto nello sviluppo e nella nutrizione.

In un bambino dai 3 ai 4 anni osservai più volte questi attacchi di febbre, e dopo qualcuno di essi potei constatare l'ingrossarsi di qualche glandola al collo od alle ascelle, testimonio della diffusione del bacillo di Koch nelle vie linfatiche: il bambino che aveva avuto una balia tubercolosa, guarì con opportune cure e stette bene per molti anni; e fatto giovinotto sopportò gli strapazzi della guerra e le privazioni della prigionia: l'anno scorso a 27 anni ebbe per più mesi una febbricola curata con cambiamento d'aria ed iniezioni iodo-arsenicali: all'esame obbiettivo ed all'esame radiografico presentò il solito reperto delle febbricole tubercolari.

Una giovane sposa di 23 anni dall'età di 18 andava soggetta spesso ad attacchi di febbre alta per pochi giorni, 5-6 ed anche 10-15, attribuita al solito ad infezione intestinale: da ciò dieta ristretta, purganti e dimagramento in conseguenza.

Durai fatica a persuaderla che le febbri non erano dovute alla stitichezza, ma a tutt'altra cagione: e soltanto con la radiografia che confermava quanto l'esame fisico diligente faceva rilevare a carico degli ili e di un apice polmonare, potei convincerla a mutare il trattamento curativo.

Qualche volta questi attacchi febbrili sono presi per attacchi d'influenza: ma va ricordato che non si può fare leggermente diagnosi d'influenza se non c'è l'endemia o l'epidemia, se manca (come di solito in queste febbri tubercolari) la forte cefalea, il dolore nei bulbi oculari, l'arrossamento delle fauci, la corizza ed altri sintomi di catarro delle vie aeree superiori.

La diagnosi di queste febbri non è difficile per chi ha l'abitudine di fare l'esame completo del malato e non si adatta alla diagnosi di comodo, d'infezione intestinale; e per chi, come me, non crede che l'indigestione e la stitichezza bastino a dare la febbre. Tanto più facile sarà evitare l'errore in quanto che i malati non hanno sintomi a carico dell'apparato gastro-enterico; nè nausea, nè vomito, nè diarrea, nè lingua sordida, ma al più soffrono di stitichezza, non già cagione della febbre, ma effetto della dieta ristretta e speciale alla quale *il più delle volte* sono condannati.

(Continua).

---

(1) Prof. COLLATINO CANTIERI. *Febbri criptotubercolari a lungo decorso e febbri criptotubercolari a brevi periodi ed accessionali.* Rivista critica di Clinica Medica, anno XXII, 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

III. CLINICA MEDICA DELL'UNIVERSITÀ DI BUDAPEST.
Direttore: Prof. V. KORÁNYI.

Il trattamento delle ossiurasi col salvarsan.

per il dott. KARLO HAJÓS, assistente.

Nella terapia dei parassiti intestinali, il trattamento delle ossiuriasi offre le più grandi difficoltà. Mentre nelle altre forme di parassiti intestinali come: tenie, ascaridi, etc. noi abbiamo mezzi adatti per combatterli; per l'*oxyuris vermicularis* non conosciamo ancora un vero mezzo specifico. Il numero dei rimedi, impiegato per il trattamento terapeutico delle ossiuriasi, cresce di giorno in giorno, ma i migliori rimedi finora adoperati non riescono a guarire la malattia.

In seguito alla pubblicazione di Friedmann (su di un caso di avvelenamento per salvarsan (1), in cui essendo stata somministrata una forte quantità di rimedio, furono riscontrati nelle feci numerosi ossiuridi), fui indotto a ricercare, se il salvarsan può essere adoperato a scopo di cura nelle ossiuriasi.

Il salvarsan od il neosalvarsan infatti può essere somministrato per bocca, ed è perfettamente tollerato dai pazienti. Se non è controindicato per altre ragioni, la dose di gr. 1-1,2 di neosalvarsan (per adulti) non produce disturbi di sorta. In un solo caso, io ho osservato dopo la somministrazione di 1,2 gr. di neosalvarsan: tenesmo, scariche mucose e nausea; disturbi che si allòntanarono in brevissimo tempo.

Nel primo caso da me curato si trattava di una signora di 27 anni, che soffriva da anni, di ossiuriasi; tutte le cure possibili furono provate ma senza successo duraturo. Essa aveva periodi che duravano da 6 a 8 settimane, in cui era libera da disturbi, ma trascorso questo tempo ritornava il prurito insistente attorno all'ano e zone limitrofe. La paziente ritrovava ancora nelle feci una certa quantità di vermi. La paziente, dopo esperimentate inutili tutte le cure, si presentava alla nostra clinica il 24 giugno e da questo tempo fu subito impiegata la seguente cura:

1° giorno: la paziente riceve un purgante (acqua amara), 4 ore dopo un clistere di aglio.
Secondo giorno: la mattina, dopo una colazione leggera, sono somministrati per os (in ostia) 0,90 gr. di neosalvarsan, 4 ore più tardi un clistere di timolo in soluzione all'1 per mille.
Terzo giorno: la paziente riceve ancora un clistere di aglio (furono con esattezza impiegate tutte le modalità conosciute in questi casi come la toilette delle unghie, il cospargimento di unguento cinereo nelle mutande, ecc.). In questo caso, dopo l'introduzione del neosalvarsan furono trovate nelle prime evacuazioni grandi quantità di ossiuridi. Il neosalvarsan non aveva determinato disturbi secondari, tranne alcune eruttazioni dopo la somministrazione di esso.

La paziente fino al febbraio 1922, cioè per un periodo di quasi 8 mesi, fu senza disturbi di sorta; le feci furono spesso esaminate senza però ritrovare in esse nè vermi nè uova. Nel febbraio 1922 la paziente avvertì nuovamente prurito all'ano; l'esame delle feci però diede risultato negativo. Fu ripetuta la prima cura con 0,90 gr. di neosalvarsan: d'allora in poi fu liberata da ogni disturbo.

Ho impiegato in modo analogo il neosalvarsan in altri 6 casi con risultato favorevole.

Le osservazioni finora fatte, dei nostri casi. dimostrano che gli ammalati per mezzo anno non presentarono disturbi: in due casi per un periodo più lungo di tempo senza potere affermare sulla completa guarigione. La cura fu ciascuna volta eseguita come nel caso sopra descritto. Sulla base di queste osservazioni, senza affermare che il neosalvarsan sia un rimedio specifico contro le ossiuriasi, possiamo senza dubbio concludere che *nel neosalvarsan noi abbiamo un rimedio facile, senza pericoli ed efficace nel trattamento delle ossiuriasi.*

Dai risultati finora ottenuti risulta che un più largo studio sull'azione del salvarsan sui parassiti in genere dell'intestino potrebbe essere pieno di speranze; infatti le nostre osservazioni vengono proseguite ed estese ad altri parassiti dell'intestino e ad altri preparati di arsenico.

(1) FRIEDMANN. *Therap. Halbsmonatsh.*, 1920, H. 5.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

OSPEDALE CIVILE DI CLUSONE (BERGAMO).

Operandi ed operati.
(A proposito di cura pre- e postoperativa)

per il prof. PIETRO GILBERTI
Chirurgo primario e libero docente.

Un atto operativo è da considerarsi sempre come un avvenimento impressionante e direi quasi solenne nella vita di colui che lo deve subire, quindi come ad ogni evento straordinario è abitudine prepararsi secondo regole e costumi particolari, così è assolutamente indispensabile che ogni operando venga fatto oggetto di una speciale preparazione.

Quanto è falsa la condotta del pubblico che per il solito timoroso e tardo a persuadersi della necessità degli atti operativi, quando vi si è deciso, tende a voler far presto e a forzare la mano al chirurgo! Se ciò è umano, non può essere permesso dalle regole di quella prudenza chirurgica cui più volte abbiamo dovuto riconoscere il segreto dei nostri migliori risultati. L'operando non solo va osservato, studiato, conosciuto, non solo sopra di lui devonsi esperire tutte quelle ricerche che pure in pratica si rendono indispensabili, ma il suo organismo dev'essere preparato con un trattamento speciale che non può limitarsi alla dieta o al purgante, ma deve avere uno scopo più ampio, quello di provocare, magari esaltandole, tutte quelle autodifese la cui conoscenza è balzata fuori dallo studio dell'importante fenomeno dell'immunità.

L'operando deve riposare alcuni giorni prima dell'operazione, egli deve stare a letto quasi a richiamare e ad immagazzinare le sue energie, mentre è d'uopo che non vi sia dispendio di alcuna di esse.

Nessuno di noi può selezionare gli ammalati da operare, ma nelle nostre mani vengono a cadere i rottami dell'umanità stanchi dal lavoro, rovinati dal vizio, sciupati dalla miseria o vinti dall'età, perciò tutto questo materiale doppiamente avariato va soggetto a diligente indagine e ad accurata preparazione.

E ripeto: a prepararlo sono elementi principali nelle nostre mani il riposo a letto che ridona energia e resistenza a tutto l'organismo, la dieta ed il purgante che lo disintossicano, la vaccino- e la sieroterapia che lo immunizzano.

A questi moderni presidi è affidato il compito di esaltare le difese organiche che per se stesse possono essere lente ed insufficienti. Non basta infatti che si abbia la fagocitosi: è bensì d'uopo che dei germi infettanti si compia anche la digestione intracellulare. Coll'uso adunque dei vaccini o dei sieri si tenta di ottenere contemporaneamente la diminuzione di resistenza dei microorganismi e l'aumento della proprietà di difesa dell'organismo: è questa l'immunità la quale è appunto la risultante dell'azione simultanea di due fattori: del potere battericida del siero sanguigno (alexine, opsonine, stimuline, ecc., ecc.) e della fagocitosi.

Dal concetto fondamentale poi dell'immunità attiva conferito dai vaccini e da quella passiva dei sieri è nata l'idea di associare nella preparazione dell'operando specialmente se d'urgenza la vaccino- e la sieroterapia. E ciò nei casi assai gravi fin dall'inizio (Pellegrini). Poichè è noto che le prime vaccinazioni provocano uno stato immunitario che il Wright ha chiamato negativo perchè in tale fase gli anticorpi sono scarsi e vi è piuttosto una predisposizione all'infezione. Questo periodo dura pochi giorni ai quali sussegue la fase immunitaria positiva. Ebbene in attesa di questa riescono ottimamente i sieri i quali portano direttamente nell'organismo sostanze che sono subito capaci di inibire e di modificare (Lustig) l'attività dei germi, i così detti anticorpi, conferendo subito al malato un'immunità che in questo caso è detta passiva. Con essa si evita il pericolo che possa svilupparsi un'infezione o quanto meno aiuta nel primo periodo l'organismo a difendersi nella lotta che si stabilisce fra i germi infettanti ed i poteri umorali e cellulari di difesa che verranno in seguito esaltati dalle proprietà del vaccino.

Un'ultima osservazione: non è raro di sentire ripetere che anche i sieri hanno un certo potere attivamente immunizzante in quanto le antitossine già elaborate che essi contengono, avrebbero la capacità di stimolare e di provocare l'iperleucocitosi. Ciò non è vero, quindi è vana illusione che si possa ottenere anche col siero parte di ciò che si ottiene col vaccino, mentre è provato dai risultati pratici che l'associazione siero-vaccinica corrisponde ottimamente perchè non essendo possibile stabilire se un'infezione avvantaggerà piuttosto col vaccino che col siero, a guadagnar tempo converrà usare la vaccino- e la sieroterapia.

Ciò ripeto nei casi già gravi fin dall'inizio, e queste cure devono essere precoci non solo nelle forme suppurative, ma anche in tutti quei casi su cui vi sia il sospetto che siano infetti.

Questo trattamento dà quindi alla preparazione preoperatoria il carattere di cura profilattica. Il periodo preoperativo non è dunque nè dev'essere tale solo dal lato cronologico, ma altresì da quello medico-chirurgico, perchè è un tempo prezioso di attesa e di agguerrimento la cui importanza in certi casi non è punto minore di quella del periodo postoperativo, durante il quale pure il chirurgo non deve fare solo assegnamento sull'uso dei disinfettanti, dei bagni medicati, delle lavature con acqua ossigenata e delle altre risorse chirurgiche più o meno comuni, più o meno moderne, ma deve anche favorire l'immunizzazione del suo operato, non essendo ormai più lecito attendere sistematicamente che l'organismo spontaneamente si sterilizzi.

Sonvi condizioni speciali si può dire per ogni operando e specialissime per ogni caso d'urgenza. Ora, la intuizione della condotta preoperativa che il chirurgo deve saper desumere oltrechè dall'esame dell'operando e dalle ricerche complementari sulle orine, sul sangue, ecc., è nozione intima che solo vien dall'esperienza. Ed è precisamente a questa intuizione che si deve subordinare la cura preoperativa o dirò meglio la condotta preoperativa nei casi d'urgenza.

Bisogna allora preparare l'infermo nel minor tempo possibile e fare soltanto ciò che è possibile. Il chirurgo deve in tali difficoltà acuire la mente ed indirizzare a profitto del malato le nozioni acquistate dalla pratica. I libri, in tali casi, non possono insegnare.

Concludendo: Nella preparazione dell'operando in generale, sgombrare l'intestino con purganti e clisteri, sgorgare il fegato coi colagoghi, soccorrere il rene colla dieta lattea, aiutare il cuore con opportuni cardiocinetici, lavare l'organismo con bevande acquose e coll'ipodermoclisi, vaccinare, immunizzare il malato contro i comuni piogeni, sono tutte cure preliminari per preparare l'operando scegliendo quelle che meglio si adattano caso per caso a seconda che il nostro esame ad esempio ci avrà svelato qualche sintomo di insufficienza da parte degli organi vitali.

Esempio: per il fegato lo studio della emoclasia.

Questa in linea generica è e dev'essere la condotta dell'operatore, essa è intesa tutta ad applicare nel massimo grado la terapia immunitaria.

Ma tosto che l'atto operativo è compiuto, il chirurgo non ha finito il suo compito, anzi deve iniziare un'altra opera: il paziente entra in una nuova fase di malattia attraverso alla quale il chirurgo lo deve seguire, aiutare rendendolo oggetto delle svariate risorse dell'arte medica, onde trarre in porto la navicella sospinta dalla tempesta, che purtroppo talvolta si addensa sul periodo postoperativo.

La nuova fase viene stabilita per speciali condizioni fisiopatologiche che la narcosi ed il trauma operativo da un lato, le impressioni e le sofferenze dall'altro, creano con effetti diversi da individuo ad individuo. Il chirurgo trovasi perciò dinanzi a sorprese, a complicanze, a fenomeni qualche volta di difficilissima interpretazione, che possono mettere a dura prova la sua pratica e la sua abilità.

Avviene pertanto che come nei riguardi della diagnostica il talento di osservazione balza fuori dalla mutua cooperazione della clinica medica colla chirurgica, anche nei riguardi della cura postoperativa il giusto apprezzamento ed il rilievo delle condizioni generali in rapporto alla lesione anatomica che nel caso speciale si ha già la fortuna di conoscere, nasce principalmente dalle risorse mediche. Direi dunque che la conoscenza del periodo postoperativo non è che la *diagnostica dell'operato*: anch'essa ha per iscopo la *distinzione delle malattie* che in tal caso si chiamano complicanze o accidenti.

In complesso sono fatti nuovi il più delle volte inattesi e forse anche si svolgono per forza in un organismo che deve lottare contro il complesso del trauma operativo.

Sarà il cuore che in un operato offre scarsa resistenza al maggior lavoro che è chiamato a compiere, saranno le condizioni difficili del respiro che in un altro rendono grave lo stato dell'infermo, sarà un'adinomia o saranno i reni che forse hanno risentito troppo l'azione del narcotico, sarà un'insufficienza del fegato, del sistema endocrino che creano un complesso di fatti di dominio medico, sarà uno schok postoperativo (crisi emoclasica), ma ai quali è giusto e doveroso che debba portare il rimedio chi ha eseguita l'operazione.

Dell'importanza del periodo postoperativo si accorge subito chi entra a far parte di una clinica o di un reparto ospitaliero. Dirò anzi che al giovane assistente non riescono così impressionanti le difficoltà della tecnica operativa quanto lo sgomenta il pensiero di una speciale educazione per il giusto apprezzamento dei fenomeni postoperativi nuovi per ogni nuovo caso che cade nelle mani del chirurgo.

Noi operiamo colla perfetta convinzione di far bene e di avere sufficientemente esaminate e rilevate le condizioni fisiche e valutate giu-

stamente le risorse dell'operando, ma a priori non possiamo prevedere quali saranno gl'immediati effetti del nostro intervento. Il periodo postoperativo non ha regola, nè ha i caratteri di una malattia o di un gruppo di malattie. E piuttosto un complesso di perturbazioni speciali sulla cui mutabilità da un operato all'altro ha troppa e diretta influenza lo stato precedente dell'ammalato. Non ha dato la guerra un esempio classico?

Quei giovani soldati si presentavano assai meno vulnerabili che non gli operandi che giungono negli ospedali civili in tenera età o in età avanzata, o provati dalle fatiche del lavoro, dalle emozioni e dal sacrificio in preda magari a forme mortali di lunga data, sopportate e trascinate dai bisogni della vita: ascessi reconditi molto tardi riconosciuti perchè tardi questi esseri sono giunti alla visita del medico; neoplasici tubercolosi, in una parola operandi già deteriorati nei quali il periodo postoperativo può essere tumultuoso ed ogni suo minimo particolare può avere valore per l'oculatezza del chirurgo.

Sono questi i malati che più interessano il pratico, perchè sono essi appunto i soggetti sui quali più ordinariamente espletiamo l'opera nostra, sono questi i difficili a condurre in porto, questi che dopo l'operazione stanno sulla bilancia e reclamano dal curante la vigilanza assoluta, la circospezione e risentono particolarmente della preparazione e della scrupolosa diligente ricerca del periodo preoperativo. Un errore nell'apprezzamento del polso, del respiro, dello stato nervoso, del meteorismo, del vomito può essere fatale.

A dimostrazione della difficile interpretazione postoperativa su cui il chirurgo non avrà mai esaurito la ricerca delle risorse terapeutiche perchè troppo havvi ancora che sfugge all'osservazione del medico e del chirurgo valgano le brillanti parole con cui il prof. Giordano chiudeva la sua dotta relazione sulle morti postoperative:

«..... ancora occorre chi capace di far convergere tutte le energie di colui che egli ha operato, il chirurgo come un giorno Michelangelo imperante al marmo animato dal suo genio gridava «parla!», egli sappia comandare ad ogni operato «vivi!».

IGIENE.

Relazione medica su di una campagna antimalarica nel suburbio di Roma.

Dott. Omero Ricci.

Negli anni 1919 e 1920 l'Ufficio d'Igiene mi incaricò della campagna antimalarica nella Zona dell'Acquataccio, che per ragioni speciali rifiutai di fare nel 1921; e mi inviò nella località la Barbuta per arginarvi una forte epidemia ivi sorta e che già aveva costato la vita a tre persone. Quest'anno mi diedi a vigilare l'andamento della malaria in tre zone distinte, dove tre Assistenti sanitarie erano incaricate della profilassi.

Nella *Zona dell'Acquataccio*, trattavasi di riprendere le fila di un lavoro già svolto da me negli anni precedenti e del quale riporto le conclusioni delle mie due precedenti relazioni:

Nell'anno 1919: «Individui visitati 606, malarici cronici 425; con febbre 263; cioè oltre il 50 % di quella popolazione era rappresentata da individui malarici cronici e di questi oltre la metà (263) recidivarono; poche forme primitive o reinfezioni; tre o quattro sole perniciose; nessuno ospedalizzato; nessun morto».

Nell'anno 1920: «Individui visitati 712; malarici cronici 488; febbri così ripartite: recidive 88, primitive 9, perniciose 9; ospedalizzati grandi 6, piccoli a S. Egidio 5; morto nessuno».

Quest'anno fui efficacemente coadiuvato dalla signorina Cavalieri; fatto fare un preciso censimento della popolazione malarica, ottenni i seguenti risultati:

«Individui visitati 835; malarici cronici profilassati 455; sani profilassati 282; recidive dell'anno 99 a partire dal 1° gennaio 1922; primitive 4, perniciose 4: Consumo totale del chinino kg. 13.5, Cioccolatini 17.000, Pillole antimalariche 7.000. Esami del sangue 8. Ospedalizzati grandi nessuno, piccoli a S. Egidio 3, al Sanatorio antimalarico dell'Ariccia 2. Nessun morto».

Posti a confronto i risultati di quest'anno con quelli da me ottenuti negli anni precedenti (nel 1919 io avevo avuto una percentuale di recidive del 50 %, che scese nel '20 al 18 %) appare un *lieve aumento delle recidive* che sale al 22 %; e ciò devesi attribuire al fatto che nell'anno 1921 nessuna profilassi razionale e regolare era stata fatta a quella popolazione. Questo risultato dimostra la necessità di *non interrompere la lotta antimalarica* nelle zone nelle quali fu iniziata e svolta con rigoroso criterio, quale la signora Celli non si stancò mai di consigliare.

In questa zona, su scala ridotta rispetto agli anni precedenti, feci praticare da persona adatta, la disanofelizzazione nelle stalle e nei porcili, come l'attesta il cimitero di oltre 2.000 alate che ho rimesso all'Ufficio ottavo. E qui piacemi segnalare all'Ufficio d'Igiene come nella stessa *Passeggiata Guido Baccelli*, si sia, io ed il dott. Marani, rinvenuti nel fosso di acqua che la traversa, larve di Anopheles e possiamo aggiungere che vi trovammo un terrazziere colpito da malaria pochi giorni innanzi!

Per la *Zona della Barbuta*, che fu già così duramente provata nel 1920, per cui in pochi giorni si erano già avuti 3 decessi e parecchi individui erano stati ricoverati negli ospedali, io scriveva:

« Su 212 individui visitati, ebbi 59 malarici cronici e 55 primitive; 98 immuni; e dei 59 malarici cronici; 50 con febbri in atto; 9 perniciose; grandi ospedalizzati 6; piccoli a S. Egidio 4; cure di iniezioni di chinino praticate 13 ».

Quest'anno, e per l'intiero anno, vi fu destinata la brava e solerte signora Bisesti, ed ivi si sono avuti i seguenti risultati:

« Individui visitati 1225; malarici cronici profilassati 837; sani profilassati 299; recidive dell'anno 77 a partire dal 1° gennaio 1922; primitive 2, perniciose 3. Consumo totale del chinino kg. 12. Cioccolatini 20.000. Pillole antimalariche 1500. Esami del sangue 12. Ospedalizzati grandi nessuno, piccoli nessuno. Nessun morto ».

Per cui il *numero delle recidive* sarebbe ivi stato solo del 9 %, laddove due anni prima io avevo trovato il 50 %; questo prova all'evidenza, l'efficacia dell'opera compiuta in quella zona, durante l'*intiero anno* (oltre 12 mesi) dalla signora Bisesti; e *prova come dette campagne non debbano essere interrotte nei mesi invernali*, bensì questi utilizzati per svelenizzare i soggetti malarici di quei parassiti, che perpetueranno l'infezione all'epoca della nuova generazione anofelica.

Praticai anche in questa zona periodiche ricerche di larve nel corso d'acqua proveniente dagli Hangars e vi rinvenni larve di Anopheles e di Culex; e lo dico per *richiamarvi l'attenzione del Genio Civile*, per una migliore manutenzione di detto corso nell'anno venturo, quale fomite di malaria, essendosi potuto credere che ivi dette larve non vi potessero vivere per la natura speciale dell'acqua.

Nella *Valle dell'Inferno*, già negli anni precedenti vigilata da Medici ed Ispettori dell'Ufficio d'Igiene, si trattava di iniziarvi per la prima volta una campagna antimalarica; ma detta località è stata *poco fortunata*, perchè vi sarebbe occorsa un'abile infermiera, pratica del servizio antimalarico.

Questa zona, con sufficiente agglomerazione di popolazione, vive in condizioni generali igieniche poco buone, abitazioni infelici, mancanti quasi di acqua, in un luridume impressionante, ammorbata dalla scoperta marrana; la malaria vi domina ed io ed il dott. Marani vi abbiamo fatte abbondantissime pesche di larve di Anopheles in tutte le vasche delle fornaci, e caccia di alate nelle abitazioni: Anzi il dott. Marani, a scopo di saggio, ha proceduto in più riprese alla petrolizzazione di non poche vasche delle fornaci, allo scopo di limitare il numero delle ibernanti, ma come ha fatto giustamente osservare il dott. Marani all'Ufficio ottavo, la distruzione delle ibernanti nelle abitazioni, deve essere ripetuta nel periodo 15 gennaio-15 febbraio p. v., e fatta a mezzo delle fumigazioni con acido cianidrico gassoso.

La presente Campagna antimalarica ha dimostrato ancora una volta che la *chininizzazione preventiva* è riuscita efficace perchè associata alla cura dei febbricitanti; ma essa esige per esser vieppiù *valorizzata* in avvenire, che sia *estesa anche al periodo inter-epidemico*.

30 novembre 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi dell'epilessia.

(H. Patrick e D. Levy. *Jour. A. M. A.*, 23 settembre 1922).

Le principali difficoltà sono l'incertezza sulla natura del male, il suo polimorfismo, e la deficienza di osservazione, poichè non sempre è dato al medico di assistere agli accessi.

L'A. enumera una trentina di condizioni morbose con le quali possono sorgere difficoltà diagnostiche, e tra le principali l'isterismo, i tumori cerebrali, la dementia praecox, la malattia di Adams-Stokes, la spasmofilia, la paralisi progressiva, la sclerosi multipla, i tic, la corea, la vertigine di Ménière, l'angina pectoris, ecc. L'A. ricorda anzitutto l'importanza che hanno gli accessi lievi o atipici, specie nei giovani: devono destare sospetto il presentarsi, specialmente il ripetersi di uno stato sognante transitorio, d'una momentanea fissità dello sguardo, d'un arresto inesplicabile durante il giuoco, di un improvviso spavento, di un breve accesso di riso, di un dolore fuggitivo all'addome o al torace, della vista

di cose strane, di un'improvvisa sensazione olfattiva o gustativa, di un improvviso senso di solitudine, di un improvviso dondolamento del capo, della caduta al suolo, di salti improvvisi.

Tali manifestazioni ripetute sono talvolta erroneamente attribuite ad autointossicazione, a costipazione, a disordini digestivi: invece bisogna, una volta riconosciuta l'origine epilettica, sottoporre il paziente ad energico trattamento.

Riguardo alla diagnosi differenziale con l'isterismo l'A. riferisce tre casi: Nel primo si trattava di un uomo che dopo una frattura del cranio era ogni tanto preso da accessi di apparente incoscienza, e poi di furore: oltrechè pel carattere degli accessi, la diagnosi giusta di isterismo fu assodata mercè l'ipnosi, che mise in evidenza l'origine puramente emozionale degli accessi; con la psicoterapia guarì, e da quindici anni non ha più disturbi. Nel secondo si trattava di uno chauffeur, con tare nervose familiari, che talvolta diveniva incosciente e cadeva a terra. L'esame completamente negativo, una storia dettagliata di gravi emozioni e contrarietà, fecero porre diagnosi di isterismo, ed anche qui fu efficace la psicoterapia. Nel terzo si trattava di una signora senza gravi tare ereditarie, che aveva sofferto di accessi di perdita di coscienza, con caduta, e, più recentemente, perdita di coscienza con automatismo, durato circa un'ora. Un così lungo automatismo, senza compimento di atti irragionevoli, non è generalmente epilettico, ma isterico: però nel caso in esame si presentarono poi quattro accessi epilettici tipici che chiarirono la diagnosi.

È noto che accessi epilettici possono esser sintoma di gravi malattie organiche cerebrali, e l'A. ne riporta due casi.

Accessi jacksoniani con o senza perdita di coscienza possono verificarsi anche nell'epilessia idiopatica: l'ignoranza di questa nozione ha talvolta condotto ad inutili operazioni sul cervello.

Neppure è abbastanza diffusa la nozione che negli accessi epilettici, anche all'infuori di quelli jacksoniani, può mancare la perdita di coscienza. Ciò accade più di frequente nei fanciulli, e può avvenire anche in forme convulsive. La presenza di stigmate isteriche, di tare ereditarie, l'inefficacia della cura, l'anamnesi o l'osservazione di qualche accesso tipico di gran male, indirizzano alla giusta diagnosi.

Prima di ammettere un caso di epilessia psichica bisogna escludere con accurato esame l'isterismo: bisogna indagare con tatto, ma non timidamente, l'origine emozionale degli accessi: timore, preoccupazione, stato emotivo da dolore, ecc.

Ora si ammette generalmente che l'epilessia è una sindrome, e ne va ricercata la causa: quando questa s'ignora, si parla di epilessia idiopatica. W. Fimme rigetta la parola come impropria. Si domanda se possa chiamarsi epilessia ogni lesione o disturbo funzionale della corteccia, seguito da fenomeni psichici, o motori, oppure lo spasmo vasovagale del tronco cerebrale.

C. Reed nega il concetto di epilessia idiopatica, nonchè l'essenziale inferiorità degli epilettici: vorrebbe sostituire la denominazione di tossiemia cronica convulsiva, e di splancnoptosi convulsiva, in rapporto con i più frequenti fattori etiologici. Gli spostamenti viscerali possono essere congeniti o acquisiti in seguito magari a trauma o ad infezioni.

L. Perry ritiene che nello stadio preepilettico la cura sia più efficace, onde l'utilità di cogliere quei sintomi psichici che costituiscono generalmente le primissime manifestazioni, e che cadono più facilmente sotto gli occhi dell'internista che dei medici specializzati. Attribuisce valore ad una razionale cura di bromuri, pur senza deprezzare l'eventuale cura etiologica. DORIA.

CHIRURGIA.

Su una rara forma di tumore del cellulare pelvico.

(VERCESI CARLO. *Folia Gynecologica*, vol. XV, fasc. 2, anno 1922).

Sotto la denominazione di tumori del cellulare pelvico vengono compresi accanto alle neoplasie propriamente dette, costituite in genere da fibromi, fibromiomi, lipomi, sarcomi, cisti dermoidi, ecc., anche neoformazioni che rivestono tutti i caratteri clinici e molti anatomo-patologici dei tumori ma ne differiscono completamente per i caratteri istologici e per la loro genesi. Tali neoformazioni sono state riscontrate e descritte già da parecchi autori sotto vari nomi, più spesso sotto il nome di *Ematocele solitario del legamento largo* e si ritengono dovuti in genere ad una gravidanza tubarica rottasi nel legamento largo e decorsa verso una riparazione tutt'affatto eccezionale, oppure più frequentemente ad una rottura di vasi uterini o vaginali o utero-vaginali avvenuta con o senza lacerazione apparente della parete uterina in travaglio di parto. Ciò può avvenire sia che questo si esplichi operativamente che spontaneamente, quando sono presenti particolari condizioni

predisponenti come l'alterata struttura delle pareti vasali per sclerosi o per ectasie (varici, aneurismi), stati d'ipertensione elevata locale o generale. Il fatto emorragico può non essere apprezzato e passare inosservato, così che possiamo trovarci di fronte successivamente, quando l'ematoma si è organizzato, ad una tumefazione ben delimitata e spostabile, che inevitabilmente ci farà pensare ad una neoformazione neoplastica.

L'Autore riporta appunto il caso di una sua malata di 51 anni, che parecchi anni prima in travaglio di parto aveva subito un'applicazione di forcipe, durante la quale aveva sentito un dolore vivissimo acuto alla fossa iliaca destra scomparso senza reliquati apprezzabili e che presentava una tumefazione nel legamento largo a destra variamente diagnosticata da numerosi ostetrici. All'atto operativo fu trovata una tumefazione del volume di circa un'arancia, senza alcuna connessione cogli organi genitali, a superficie liscia regolare, costituita da una zona fibrosa compatta alla periferia, nel cui interno esistevano numerose formazioni nodulari di sostanza poltacea dal rosso ematico al giallo biancastro. L'esame microscopico dimostrò che la massa era costituita da tessuto connettivo, in cui si svolgevano fenomeni attivi di organizzazione di prodotti emorragici e fenomeni regressivi a carico del connettivo più adulto (degenerazione ialina dei vasi, infiltrazione calcarea, ecc.). Tale struttura non può essere riportata che ad un complesso esito di organizzazione di una primitiva raccolta sanguigna formatasi nel legamento largo. Pestalozza, Schauta, Clivio han dimostrato che in questi casi si può assistere alla formazione di una vera e propria corteccia connettivale alla periferia dell'ematoma, destinata ad incistarlo e distruggerlo prevalentemente per fagocitosi.

CIOTOLA.

TECNICA MEDICA.

Profilassi e trattamento degli inconvenienti della puntura lombare.

(G. MILIAN. *Paris Médical*, 1922).

È saputo che la puntura lombare è seguita qualche volta da disturbi, che possono essere incresciosi.

Il giorno della puntura passa senza inconvenienti. Il giorno dopo comincia una cefalea che aumenta progressivamente d'intensità tanto da divenire molto penosa: a ciò si uniscono nausee e vomiti più o meno abbondanti ed il paziente è costretto a tenere il letto per diversi giorni. Questi incidenti hanno creato un senso di contrarietà alla puntura lombare sia da parte di qualche medico come più specialmente da parte degli ammalati.

Lo studio però della etiologia e patogenesi di questi inconvenienti ci permette oggi d'agire con efficacia contro essi e di ridurli al minimo possibile.

Etiologia. — Questi inconvenienti non si verificano con uguale frequenza in tutte le malattie. Certe malattie come la frattura del cranio ,la meningite, l'emorragia cerebrale, non li presentano affatto o in minima proporzione. D'altra parte il vantaggio che si dà all'ammalato con la puntsra lombare è ben superiore ai piccoli inconvenienti che ne possono derivare. I tabetici pure hanno una grande tolleranza alla puntura lombare e possono sopportare l'estrazione di parecchi centimetri cubici di liquido cefalo-rachidiano con grande indifferenza. Ciò forse è dovuto alla analgesia dei loro visceri tanto che sopportano la puntura lombare con la stessa indifferenza dell'iniezione di calomelano pure così dolorosa per altri ammalati. (L'ipotonia dei loro tessuti è poi favorevole alla cicatrizzazione rapida del foro formato dall'ago).

Gl'individui che hanno ipertensione del liquido cefalo-rachidiano sopportano meglio la puntura lombare degli altri. Al contrario gli inconvenienti in questione sembrano più frequenti nei soggetti a tensione normale o ad ipotensione. Sembra anche che l'aspirazione del liquido, lento a defluire, favorisca gli accidenti. Queste supposizioni sono però ancora vaghe. Si consigliava un tempo, e molti medici lo consigliano ancora, d'estrarre piccole quantità di liquido per poterli evitare; oggi invece ci si è reso conto come non vi sia fra essi ed il liquido estratto un rapporto veramente stretto: si sono infatti visti sorgere accidenti intensi con l'estrazione di una minima quantità di liquido. Sembra invece che questi disturbi postumi siano dovuti a ciò: il liquido cefalo-rachidiano continua ad uscire per l'orifizio della dura madre fatto dall'ago, spandendosi nel tessuto circostante privando così il sistema nervoso del suo strato idrico protettore. L'A. riferisce d'aver veduto una donna alla quale era stata praticata la puntura lombare 48 ore prima e colta da vomito violento e da cefalea, e d'aver notato sopra il letto una vasta zona bagnata defluita dal foro dall'ago.

Ora osserva che se il liquido defluisce attraverso il tragitto stretto intramuscolare a maggior ragione potrà espandersi nei tessuti iustadurali. È da notarsi che tali fenomeni (cefalea e vomito) cessano di solito cinque giorni dopo la puntura; tempo necessario per la cicatrizzazione istologica d'una lesione asettica.

Profilassi. — Una delle condizioni essenziali della profilassi è quindi d'*impedire il defluire del liquido cefalo-rachidiano* negli interstizi cellulari ed anche all'esterno. La dura madre è un tessuto inestensibile ed i fori restano fatti come da uno strappamento.

Bisogna quindi *favorire la obliterazione* cercando di avvicinare le labbra dell'orifizio e allontanare il liquido cefalo rachidiano come si allontana l'ascitico nella paracentesi facendo rivoltare l'infermo dalla parte opposta del foro di puntura.

Sarà bene quindi:

1° Impiegare un ago fine di un millimetro circa, non mai di un trequarti, come fanno molti.

2° Cercare di fare meno fori possibili alla dura madre.

3° Lasciare defluire il liquido spontaneamente; non aspirarlo mai. L'aspirazione si farà solamente per le prime goccie se esiteranno a venire.

4° Immediatamente dopo la puntura bisogna fare frizioni e massaggi sulla regione cutanea muscolare perforata, con un tampone di ovatta, spingendo profondamente per disgiungere le labbra del canale fatto dall'ago.

5° Dopo è bene mettere il paziente immediatamente a testa bassa, la regione glutea rialzata e il dorso piegato lasciandolo in questa posizione per circa 10 minuti, indi farlo coricare sul ventre per 24 ore colla testa più bassa del bacino. Un riposo a letto di 24 ore in questa posizione è il migliore preventivo di tutti gli inconvenienti consecutivi alla puntura lombare.

Trattamento degli inconvenienti. — Cefalea e vomito costituiscono i fenomeni più penosi, quando sopravvengono, della puntura lombare. Colla posizione orizzontale in letto, di solito tali disturbi si attenuano. La cefalea non viene influenzata dai medicamenti comuni che si danno in simile circostanza e cioè piramidone, aspirina, antipirina, ecc.; l'unico medicamento secondo l'autore che abbia influenza è la morfina: iniezioni di un centigrammo tre volte al giorno.

Un altro calmante che si può adottare è una pozione d'estratto tebaico di grammi 0.05 e grammi 2 di bromuro.

Alle volte cefalea e vomiti durano più del termine abituale e si protraggono per 10-15 giorni; in questo caso non si tratta più di fenomeni meccanici, somatici, ma isterici. In tal caso la cura è affidata alla autorità del medico che può in poco tempo farli scomparire.

A. C. Ferrari.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Encyclopédie Française d'Urologie.

È comparso in questi giorni per i tipi di G. Doin (Paris) il 6° ed ultimo volume dell'Encyclopédie Française d'Urologie pubblicato sotto la direzione di A. Pousson e E. Desnos. È così completata un'opera assai considerevole che iniziatasi nel 1914, fu interrotta durante la guerra mondiale per essere ripresa con non minor ricchezza nel 1921. Essa è opera perfetta che rifacendosi dal primo sviluppo della medicina e dell'urologia nell'epoca precristiana ne traccia il cammino fino ai giorni nostri, fino alle più recenti teorie d'indagine e terapia. Ad essa collaborarono i più eletti ingegni di Francia «le pays des protagonistes le plus éminents de l'Urologie», segnando ognuno quei capitoli che la loro speciale competenza trasformò in monografie delle migliori che si abbiano ai giorni nostri. L'opera arricchita nei singoli capitoli da una completa bibliografia è destinata a segnare una pietra miliare del cammino fatto dall'urologia fino ad ora.

L'enciclopedia consta di 6 volumi in 4° di oltre 1000 pagine ciascuno ricche di disegni e di tavole a colore di perfetta fattura.

Nel 1° volume Desnos traccia con grande dottrina la storia dell'urologia nell'antichità dai primordi egiziani (1000 a. C.), alle teorie ippocratiche, dal Rinascimento ai grandi maestri del XIX secolo. La seconda parte è dedicata da Pellyrin all'anatomia, embriologia e fisiologia dell'apparecchio orinario nella scala animale vertebrata e invertebrata, capitolo interessantissimo e di profonda erudizione. Papin si trattiene in una sapiente descrizione dell'anatomia embriologica e fisiologica del rene e dell'uretere, e della capsula surrenale nella specie umana, mentre che Rieffel, Desemps e Ambaret descrivono l'embriologia, anatomia e fisiologia della vescica e la sua struttura. Pure agli stessi autori dobbiamo due interessanti capitoli sulla genesi e morfologia della prostata e dell'uretra. La terza parte è dedicata ad un erudito studio sulle orine normali e patologiche di Labat, mentre Achard e Paisseau trattano la tossicità e setticità orinarie, e della batteriuria. Nell'ultima parte Janet, tratta con la competenza che lo distingue, dell'asepsi e antisepsi in chirurgia delle vie urinarie, e del materiale urologico, capitolo che serve di guida sia al medico pratico che a chi debba organizzare un servizio urologico. Ed infine Ertzbischoff si occupa della anestesia generale e locale, svolgendo ampiamente questo tema così importante in urologia.

Nel 2° volume Pasteau e Ambard descrivono tutti i metodi d'esplorazione anatomica e funzionale del rene e dell'uretere, soffermandosi in un dettagliato esame della funzione escretoria renale, sulla funzionalità comparata dei due reni e sui varii metodi di separazione delle orine. Arcelin pubblica un interessantissimo capitolo sull'esplorazione radiologica delle vie orinarie, facendone la storia, descrivendone la tecnica fino alle più moderne vedute. Cartier e Heitz-Boyer si occupano dei varii

traumatismi del rene, descrivendone i sintomi, le complicazioni e le indicazioni terapeutiche. POUSSON descrive le nefriti mediche mettendo in speciale rilievo i casi in cui si possa ritenere indicato un intervento chirurgico; mentre MICHON si sofferma in due bellissimi capitoli sulle nefriti chirurgiche, propriamente dette e sulle pieliti e pionefrosi. CHEVASSU ci descrive ampiamente tutte le affezioni renali determinate dalla gravidanza o da lesioni dell'apparato genitale femminile.

Delle affezioni calcolose si occupano POUSSON e CARLES, che dopo aver ampiamente trattata la loro eziologia prossima e remota, si soffermano diffusamente sul loro trattamento preventivo. LEGUEU tratta assai ampiamente il tema della litiasi renale soffermandosi a indicarne le cause e consigliarne le cure sia mediche che chirurgiche, ampiamente discutendo sull'opportunità e la scelta dell'intervento. RAFIN ci trattiene sulla tubercolosi renale esaminandone accuratamente le forme, la sintomatologia e il decorso e le indicazioni chirurgiche ed infine TUFFIER e BRÉCHOT si occupano dei vari tumori renali sviscerando completamente il loro tema.

Il 3º volume continua a trattare la patologia dei reni e ureteri. In un capitolo BRIN si occupa diffusamente delle cisti del rene sia sierose che ematiche e del rene policistico. Nel seguente NICAISE tratta dei parassiti del rene: cisti idatica, actinomicosi, sporotricosi, bilharziosi, strongilosi; BAZY fa la descrizione delle varie idronefrosi trattenendosi ampiamente sulla loro terapia chirurgica. A GAUCHER e DINELLE dobbiamo un capitolo interessantissimo sulla sifilide renale acquisita e ereditaria. PAPIN si trattiene sulle anomalie congenite dei reni e sulle deformità acquisite, descrivendo le anomalie di numero, di volume, di forma e di posizione dei reni, le sinfisi renali e il rene mobile. AGLAVE si diffonde nello studio delle fistole renali, spontanee e chirurgiche e il loro trattamento. COURTADE tratta le nevralgie renali, ROCHET le perinefriti e THEVENOT i tumori paranefritici. PAPIN e MOREL scrivono un'interessantissima monografia sulla fisiologia patologica delle operazioni renali. Pure bellissimo è il capitolo di POUSSON sui traumatismi accidentali e chirurgici del rene. HARTMANN tratta con grande chiarezza della tecnica delle varie operazioni renali. Lo studio delle malattie e delle lesioni dell'uretere è pure svolto in modo vastissimo in varii capitoli interessantissimi, cioè: traumatismi (JEANBRAU); fistole (FORGUE); ureteriti e periureteriti (MICHON); restringimenti (JEANBRAU); litiasi (id.); tubercolosi (BOECKEL); neoplasmi (JEANBRAU); anomalie (PAPIN) e tecnica operatoria degli impianti ureterali (id.). Infine JEANBRAU descrive la tecnica delle varie operazioni. L'ultima parte del volume è dedicata al traumatismo e chirurgia delle capsule surrenali (PAUL DELBET) e infiammazione e tumori delle glandole surrenali (RIBADEAU-DUMAS).

Il quarto volume è dedicato allo studio della vescica. PASTEAU con la chiarezza e la maestria che lo distinguono scrive un capitolo di guida per l'esplorazione vescicale esterna e interna, soffermandosi sulla cistoscopia, che è trattata con ampiezza e precisione. ARCELIN si occupa dell'indagine radiologica della vescica, trattando ampiamente il suo tema e soffermandosi sulla cistografia con liquidi opachi, che è illustrata con la massima chiarezza. ROUVILLOIS e FERRON trattano delle lesioni traumatiche della vescica; HEITZ-BOYER ci descrive le varie forme di cistite, soffermandosi sulla loro sintomatologia clinica e cistoscopica. DESNOS e MINET ci dànno una monografia splendida nel capitolo della litiasi vescicale. MINET tratta poi dei corpi estranei nella vescica, mentre DESNOS ci dà ancora ampie istruzioni sulle indicazioni e tecnica della litotrizia. La tubercolosi vescicale è magnificamente illustrata da ERTZBISCHOFF.

Il tema dei neoplasmi vescicali e della loro terapia è svolto in modo completo e nitido da VERHOOGEN, MALHERB e PASQUEREAU che descrivono le varie alterazioni delle pareti vescicali (leucoplasia, malacoplasia, ulcerazioni, varici, valvole del collo, cellule vescicali) mentre NICAISE descrive i parassiti della vescica (bilharziosi, actinomicosi). GAUCHER e DRUELLE descrivono in un bellissimo capitolo la sifilide vescicale. ESTOR e VIALLETON ci dànno una bellissima descrizione delle malformazioni congenite della vescica e del loro trattamento. FORGUE tratta delle fistole vescico-vaginali e vescico-uterine, mentre ORAISON si occupa delle fistole vescico-intestinali acquisite e vescico-cutanee. POUSSON si occupa in un bellissimo studio, del cistocele e dell'inversione della vescica. COURTADE con ammirabile competenza delle turbe funzionali della vescica. PAUL DELBET studia le pericistiti e i tumori paravescicali. GENOUVILLE e BOECKEL svolgono il tema della fisiologia patologica del cateterismo, e infine BOECKEL e PASTEAU descrivono con la massima chiarezza la tecnica delle singole operazioni vescicali.

Il volume V è dedicato alla patologia dell'uretra. Nel primo capitolo NOGUÈS ci dà chiari insegnamenti sull'esame dell'uretra. ANDRÉ tratta dei traumatismi uretrali: SÉE ci dà un magnifico capitolo sulle uretriti acute dell'uomo svolgendo ampi criteri batteriologici e patologici per passare poi allo studio clinico e alla terapia delle varie uretriti acute. NOGUÉS ci dà una magnifica monografia sulle uretriti croniche, sulle infiammazioni delle glandole dell'uretra e si diffonde ampiamente sulla terapia di tali lesioni. NOGUÉS e PAPIN trattano poi dell'uretroscopia e della terapia uretroscopica in un capitolo che può dirsi uno dei migliori studi su questo argomento. Esso è illustrato da bellissime tavole colorate. ESCAT si occupa dei restringimenti uretrali, delle loro complicanze e del loro trattamento sviscerando completamente tale argomento. ORAISON ci intrattiene sui corpi estranei nell'uretra e GENONVILLE sulle fistole uretrali acquisite. ERTZBISCHOFF ci dà un bellissimo studio sulla tubercolosi uretrale, IMBERT sui neoplasmi dell'uretra e DRUELLE sulla sifilide uretrale. POUSSON ci intrattiene in un erudito capitolo sull'uretrocele e sul prolasso della mucosa uretrale nella donna, e NOVÈ-

JOSSERAND e GAYET sui vizii di sviluppo dell'uretra. Infine MINET, NOGUÉS, HEITZ-BOYER e GENONVILLE ci indicano la tecnica delle varie operazioni uretrali.

Il VI e ultimo volume è dedicato nella prima parte alle malattie della prostata e nella seconda parte alle grandi sindromi urinarie. Il primo capitolo è dedicato da ANDRÉ all'esame clinico e cistoscopico della prostata; il secondo capitolo dello stesso autore tratta delle ferite e traumatismi della prostata. Il tema delle prostatiti acute e croniche e delle suppurazioni periprostatiche è ampiamente trattato da ORAISON. Uno dei più interessanti e attraenti capitoli è scritto da MARION sull'ipertrofia della prostata, esso è esposto con la chiarezza e l'acume che distingue questo scienziato ed è coronato dalla tecnica delle varie operazioni sulla prostata. PAUCHET ci dà un ottimo studio sui tumori della prostata e sul loro trattamento chirurgico. ERTZBISCHOFF si occupa della tubercolosi della prostata. ORAISON ci descrive le concrezioni, i calcoli, e le cisti della prostata, e NICAISE i suoi parassiti. DRUELLE dedica poi un breve studio alla sifilide della prostata. Nella seconda parte DELBET ci dà un capitolo sulla ritenzione e incontinenza di orina, mentre ARNOZAN e CUSEX si occupano della poliuria e pollachiuria. BERNARD e PARAF ci dànno un capitolo sull'anuria, e ACHARD e LEBLANC dedicano un magnifico capitolo all'insufficienza renale. TEISSIER e ROULIER trattano con perfetta competenza della fosfaturia e ossaluria. CASTAIGNE e PAILLARD dedicano un capitolo alla semeiologia dell'albuminuria, e assieme a BINET alla semeiologia della glicosuria. MARION descrive poi le varie piurie e la pneumaturia. Infine HOGGE dedica un erudito capitolo alle intossicazioni e alle infezioni nei malati urinari chirurgici.

Così è suddivisa questa magnifica opera urologica che segue nettamente il cammino fatto fin qui dalla specialità urologica. E questa opera a cui collaborarono i più illustri e competenti specialisti di Francia, è destinata per certo a servire di punto di partenza a quanto si potrà fare in seguito.

Trieste, 26 gennaio 1923.

Dott. RISEGAN
aiuto del prof. Nicolich.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 7 gennaio 1923.
Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Sullo sviluppo del Distilidium dei rettili.

Prof. P. DOBELLO. — L'O. espone le ricerche da lui compiute sullo sviluppo dei *Distilidium* dei rettili.

L'autovaccinazione antirabica.

Prof. V. PUNTONI. — Precedenti studi hanno portato l'O. a concludere che i virus rabici non siano tutti identici fra loro, ma che esista una pluralità dal punto di vista biologico. Egli si è quindi domandato se queste cognizioni non possano avere un'applicazione pratica, e se non possano essere utilizzati procedimenti di autovaccinazione, adoperando per la vaccinazione un vaccino preparato direttamente col sistema nervoso dell'animale infettante. Da tale punto di vista egli ha studiato 8 diversi virus rabici di origine canina. Il risultato dei diversi esperimenti non fu costante, perchè in alcuni si rilevò una netta differenza in favore dell'autovaccinazione di fronte alla vaccinazione con virus fisso; in altri il comportamento fu quasi uguale. L'esperimento più dimostrativo in favore dell'efficacia dell'auto-vaccinazione fu quello istituito con un virus portante il contrassegno n. 598. Comunque l'autovaccinazione è risultata senza dubbio vantaggiosa. L'O. pensa che questo procedimento non sia prudente attuarlo nelle vaccinazioni umane dato che non è possibile sapere se esso riuscirebbe così innocuo come gli attuali vaccini; ma dove ritiene possa avere un grande successo è nel campo veterinario.

Il socio prof. GOSIO desidererebbe norme tecniche di controllo degli autovaccini; importando garantire la parte esecutiva nell'applicazione pratica del principio: è pericoloso affidarsi alla sola buona fede. Nella peggiore ipotesi, si dovrebbe permettere preparazioni così delicate soltanto ad Istituti di speciale veste e competenza e sotto la loro diretta responsabilità.

Riproduzione sperimentale della Malaria per mezzo dei gameti (semilune).

Prof. E. PONTANO. — L'O., in base alle sue esperienze, giunge ai seguenti risultati:

1) Inoculando sangue malarico contenente parassiti di *plasmodium praecox*, si provoca malaria sperimentale, che dal punto di vista parassitario è sempre causata dal *pl. praecox*. Anche nelle recidive si trova sempre lo stesso parassita.

Non ci è mai capitato di vedere trasformarsi, attraverso l'esperimento o nelle recidive, uno nell'altro le varie specie di parassita malarico.

2) Inoculazioni endovenose di sangue semilunare, lungamente chininizzato, sterile da parassiti asessuati, ha provocato l'infezione malarica in soggetti indenni.

3) A titolo di controllo sangue di soggetti malarici, contenente soli schizonti, e lungamente chininizzati sino alla scomparsa dei parassiti, inoculato a soggetti indenni, non ha determinato l'infezione.

4) Le semilune o gameti di *plasm. praecox* sono quindi capaci di proliferare in circolo generando parassiti asessuati febbrigeni.

5) Tra le malarie sperimentalmente trasmesse recidivano ostinatamente quelle provocate con inoculazione di sangue semilunare, sono vinte facilmente quelle provocate da schizonti.

6) Anche gli schizonti che si accompagnano a semilune in circolo scompaiono con difficoltà dopo intensa chininizzazione, mentre facilmente si sterilizza il sangue malarico, quando gli schizonti sono soli nel sangue periferico.

7) Questi due fatti messi in luce per la prima volta, trovano spiegazione nella capacità riproduttiva dei gameti, e nella loro resistenza al rimedio specifico.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 28 gennaio 1923.

Presidenza: prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

Il bismuto nella terapia della sifilide.

Dott. RUMMO ROMOLO. — L'O. ha studiato nella R. Clinica Dermosifilopatica di Napoli gli effetti terapeutici del tartro-bismutato di potassio e sodio in soggetti affetti da svariate manifestazioni della infezione sifilitica. Dopo un breve cenno alla letteratura esistente ed in ispecie alle ricerche del Sazerac e Levaditi, degli autori francesi ed italiani, vengono riferiti gli effetti terapeutici ottenuti con il Trepol ed il neo-Trepol in 18 infermi di lue nei diversi stadii con manifestazioni prevalentemente cutanee, mucose ed ossee. L'azione più rapida si è ottenuta nel sifiloma iniziale, nei condilomi piani e nelle osteiti gommose, sulle quali ultime l'O. si sofferma dimostrando la spiccata efficacia curativa del bismuto su queste forme, con relazioni radiografiche.

Per ciascun infermo si è iniettata la dose globale di due grammi del rimedio per iniezioni intramuscolari di 20 centgr. ogni 4-5 o 6 giorni. Le iniezioni vengono ben tollerate. L'O. ha potuto notare la scomparsa del treponema al paraboloide dal sifiloma iniziale dopo la seconda iniezione in un caso, dopo la terza in un altro. Si sono avuti a registrare: un caso di stomatite comparsa alla quinta iniezione e tre di orletto gengivale. Mai albuminuria, mai astenia. La reazione di Wassermann se positiva prima della cura tale rimase dopo averla espletata. In un sol caso la reazione in fine di cura si modificò da positiva con +++, a debolmente positiva o dubbia con +—. In due casi invece la R. W. si è modificata a distanza, dopo due mesi dal termine della cura, da positiva con +++, a negativa con ——.

L'O. crede di potere trarre le seguenti conclusioni:

1) il bismuto rappresenta certamente un brillante acquisto della moderna terapia antisifilitica;

2) offre sul neosalvarsan, ai fini della pratica, il vantaggio di potere essere usato, più agevolmente per via endomuscolare, essendo ben tollerato dai tessuti.

3) esplicandosi l'azione terapeutica del bismuto più attivamente sul sifiloma iniziale e sulle placche mucose, oltre che nelle forme osteo-gommose, se ne comprende la importanza ai fini della profilassi, conoscendo quale contagiosità offrano sia il sifiloma che le placche mucose.

4) l'uso del bismuto è da raccomandarsi ancora nei casi arseno e mercurio-resistenti, dove esplica azione sicura e duratura;

5) con la bismuto-terapia non bisogna, come criterio curativo, basarsi sul ritorno alla negatività della siero-reazione di Wassermann, che si è visto restare positiva dopo la somministrazione di ben 2 gr. e 20 del rimedio. Iniettandosi dosi globali più alte, si possono avere fenomeni di intolleranza (stomatite, astenia, albuminuria, coliti) senza ottenere la riduzione immediata alla negatività della R. W.

Fattori organogenetici della topografia dell'intestino mesenteriale.

Prof. D'EVANT TEODORO. — L'O. enumera i tentativi fatti in tutte le epoche per precisare quanto più è possibile la detta topografia, incominciando dall'antica divisione fra digiuno ed ileo. Accenna alle difficoltà che si hanno nello stabilire la topografia degli organi sottomesocolici e specialmente dell'I. mesenteriale, a causa della sua mobilità, per cui è stata tentata una suddivisione in due gruppi di anse secondo il Müller ed in quattro gruppi secondo il Merkel. Stabilita l'esistenza di quattro gruppi, che sono la suddivisione di due gruppi principali laterali, discute l'opinione di coloro che cominciando dall'Henke hanno cercato le cause della disposizione delle anse secondo la forma della cavità e di altri fattori. Espone il risultato delle sue ricerche fatte in molti anni in parecchie centinaia di cadaveri e determina quali siano i soggetti che meglio si prestano allo scopo, notando però che la detta topografia risulta più evidente a misura che si studiano soggetti più giovani. E poichè è facilmente dimostrabile che le anse del tenue, quando siano spostate artificialmente sul vivente, ritornano nella loro primitiva posizione, ha studiato pure se ciò sia in rapporto con le volute mesenteriali che, secondo Merkel, e che l'O. conferma, sarebbero tre o quattro.

In una seconda parte cerca i fattori che hanno agito in modo così energico durante lo sviluppo da lasciare traccia indelebile anche nell'adulto nella

formazione del mesentere e dei gruppi intestinali. Questi fattori sono:

1) la forma della cavità addominale ed il rapporto fra la capacità di esse ed il fegato;

2) la presenza della enorme vena ombelicale che taglia letteralmente il sacchetto del tenue nella sua faccia anteriore;

3) le arterie ombelicali e gli organi allantoidei che intaccano la massa intestinale nella massa anteriore.

Ha notato la direzione caratteristica che prendono le anse nei due gruppi, dei quali uno sinistro contiene il digiuno e la terza parte prossimale dell'ileo, e un altro destro contiene gli altri due terzi dell'ileo. Questa disposizione embrionale si modifica nei suoi dettagli quando la vena ombelicale si atrofizza cambiano i rapporti tra il fegato e l'intestino e la cavità addominale si ingrandisce e la colonna lombare si incurva in avanti: per cui la massa intestinale compressa fra lo scheletro e la vena ombelicale serba le tracce di questo punto stretto della cavità, imprimendosi quindi secondariamente nel mesentere le curve che seguono l'intestino. I due gruppi di anse, uno superiore sinistro e l'altro inferiore destro, possono essere approssimativamente indicati da una linea che dalla ottava cartilagine costale di destra scenda obliquamente al punto medio dell'arcata femorale di sinistra. Detta topografia ha rapporto certo con lo sviluppo del fegato il quale domina lo sviluppo di tutti gli organi addominali.

Contributo alla migliore conoscenza della morfologia dell'ipofaringe nell'uomo.

Prof. VASTARINI-CRESI GIOVANNI. — La descrizione che dalla maggioranza dei moderni anatomici si dà dei *recessi piriformi* o *semi faringo-laringei* è monca ed inesatta. Mentre infatti si assegnano a ciascun recesso i suoi limiti craniale, mediale e laterale, si tralascia d'indicarne il limite caudale. Ora questo esiste quasi costantemente ed è rappresentato da una piccola *piega permanente* della mucosa, la quale trovasi in corrispondenza della superficie dorsale dell'articolazione crico-tiroidea e merita il nome di piega *crico-faringea* del *Betz*.

Chiudendo in basso il recesso piriforme, la piega crico-faringea, sottile e trasparente, perchè formata esclusivamente da due lamine di mucosa, dà luogo alla produzione di un piccolo fondo cieco, profondo da 2 a 6 mm., che forse non è privo di importanza pratica, ed al quale, volendo, si potrebbe dare il nome di *coecum pharyngo-laryngeum*. La mucosa dell'ipofaringe dell'uomo, allorchè l'organo è vuoto e retratto, tanto nella parete posteriore o dorsale quanto nell'anteriore o ventrale, offre a considerare due parti: una larga *zona periferica, pieghettata* ed un'area centrale quasi perfettamente *liscia*. Le pieghe della zona periferica, che possono presentarsi in numero assai variabile, sotto forma d'arcate (tipo a *racchetta*) o di elissi concentriche (tipo a *rosone*) sono manifestamento delle *pieghe temporanee* destinate a distendersi ed a scomparire nello stato di replezione dell'organo. La zona stessa rappresenta quindi la parte mobile, cedevole della mucosa, mentre l'area centrale o liscia è destinata a rimanere *fissa* o quasi durante le fasi alterne di riempimento e vuotamento della faringe. Questa area in entrambe le pareti trovasi precisamente a livello della *lamina* o piastrina della cricoide.

Le indagini istologiche eseguite sulla ipofaringe, tanto dell'adulto quanto del neonato, dimostrano che contrariamente a quanto i più moderni trattatisti affermano sulla falsariga dello *Schaffer*, la parete faringea non manca di una sottomucosa, ma questa, assai sottile in alcuni punti, come nell'area centrale delle due pareti dell'ipofaringe, si fa più abbondante nella zona periferica delle medesime e conferisce alla mucosa la sua cedevolezza, la sua spostabilità, nonchè la facoltà di disporsi in pieghe.

Questo connettivo sottomucoso nella zona pieghettata e verso l'esofago si accumula, non all'esterno come voleva lo Schaffer, ma all'interno del suo *strato limitante elastico*, il quale anzichè separare la *lamina propria mucosae* dalla sottomucosa, partecipa alla costituzione di quest'ultima, sfaldandosi in un gran numero di lamelle, che a lor volta sfioccandosi concorrono alla produzione delle trabecole del tessuto areolare. Nelle areole del connettivo sottomucoso si annidano le vene costituenti i plessi venosi o reti mirabili venose della *pars laryngea pharingis* non ignoti agli antichi anatomici, ma solo di recente illustrati dall'Elge e dal Beck dal doppio punto di vista anatomico e clinico.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

DERMATOLOGIA.

Le intertrigini.

Le intertrigini, o dermatosi con sede alle regioni cutanee, possono essere eritematose, eczematose, raramente psoriasiformi. Nelle forme solite è per lo più inutile la ricerca della causa; la cura si fa con la pulizia mediante la tintura di quillaia al catrame (coaltar saponiné) a 1/5, facendo seguire cauterizzazioni con nitrato d'argento a 1/10; buoni risultati danno anche le lavature con l'acqua di Alibour diluita a metà od al terzo. Nei casi più ostinati si raccomanda la pulizia con acqua bollita, seguita da spennellature di tintura di jodio a 1/10 o di percloruro di ferro liquido; applicare poi la pasta di Alibour (solfato di zinco e di rame, ana cg. 5-50; solfo precipitato lavato gr. 1-5; talco, ossido di zinco, ana gr. 30; olio di mandorle dolci gr. 40), oppure spolverizzare con polvere di talco.

Vi sono intertrigini localizzate fra il quarto ed il quinto dito del piede con cute inspessita un poco secernente, solcata da ragadi; tale lesione è di natura micosica. Si consiglia il raschiamento con cucchiaio fenestrato di Volkmann e di spennellare con tintura di jodio a 1/5; lasciar seccare ed applicare uno strato della crema seguente: ossido di zinco gr. 6; vaselina gr. 20; lanolina, acqua distillata ana gr. 5. La medicazione si ripete ogni giorno per una settimana. Dopo qualche giorno invece della crema di zinco si applicherà un'unzione con acido crisofanico gr. 0.30 in sugna, a caldo gr 30; oppure acido benzoico gr. 5, in sugna gr. 25. La guarigione è lenta e le recidive sono frequenti.

(*Journal des praticiens*, 27 gennaio 1922).

Az.

Alcune comuni eruzioni infantili.

Eczema del primo anno. — Si osserva talora già al terzo mese, ma si inizia di solito più tardi; la data dell'inizio sembra stare in rapporto più con la stagione che con l'età del bambino, giacchè trattasi di malattia prevalentemente invernale. Incomincia con chiazze pruriginose alle guancie od alla fronte o con squame sulla testa che poi confluiscono dando poi la così detta crosta lattea; si ritiene da taluno che quest'ultima sia da distinguersi dall'altra forma e da classificarsi come eczema seborroico. Negli stadi avanzati, la fronte, le guancie, il mento, la testa sono coperte da squame, vescicole, croste, che possono diffondersi alle spalle, agli arti, al torace. La causa non è nota, non è microbica e non è nemmeno esclusivamente dietetica; la iperalimentazione può avere una certa influenza, come ogni irritazione peggiora le condizioni; le malattie intercorrenti provocano una sosta. La cura deve essere rivolta anzitutto all'igiene generale, specialmente alla riduzione dell'alimento nei bambini grassi e floridi. La parte affetta va protetta con opportuna medicatura.

A. M. H. Gray (*The Practitioner*, 1922, numero 649) consiglia l'uso di una maschera imbevuta con linimento di ossido di zinco, aggiungendo eventualmente il 5 % di ittiolo; se l'infiammazione è molto acuta si possono usare dapprima delle lozioni all'acetato di piombo; se vi sono molte croste, si applicheranno cataplasmi di amido ed acido borico. Passato lo stadio acuto, si applicherà con molte cautele la pasta di Lassar al 2-5 % di olio di catrame, evitando durante tale periodo il sapone e l'acqua. Bisogna inoltre provvedere a che il bambino non si gratti, applicando eventualmente delle stecche alle braccia per evitare la flessione del gomito. La prognosi non è facile; vi sono casi che ad onta di ogni trattamento continuano per tutto l'inverno e migliorano solo con la buona stagione; d'altra parte si deve ammettere che tale eruzione è soltanto la manifestazione di un processo tossico, sicchè vi sono casi in cui si sviluppano da un momento all'altro sintomi generali e si ha rapidamente la morte.

Eczema nei grandicelli. — Talvolta si hanno chiazze squamose, circoscritte alle labbra ed alle guance, specialmente in bambini che respirano per la bocca; nel trattamento si baderà ad allontanare le cause (uso di saponi irritanti, presenza di vegetazioni adenoidi, ecc.) e si applicherà localmente un unguento al 3 per cento di acido salicilico. Un'altra forma si presenta con squame o croste alla faccia e testa ed è accompagnata da secrezione nasale od auricolare; trattasi probabilmente di impetigo eczematosa, di guarigione meno facile che la semplice impetigo. Si cureranno le cause generali (adenoidi, tonsille) e quelle locali (naso, orecchio); le croste si allontanano con bagni e cataplasmi di amido, applicando compresse all'1 per mille di acriflavina. Terminato il periodo pustoloso, si userà il linimento di ossido di zinco con o senza il 2-3 % di precipitato bianco; le parti con secrezione cronica si spalmano con nitrato d'argento al

2 % in etere nitroso alcoolico; le squame secche croniche si trattano con preparazioni di catrame, da non usarsi se vi sono processi settici.

Una terza forma di *eczema* è localizzata *alle regioni flessorie* e si manifesta con squame secche ed inspessimento ed escoriazione della cute, prurito, lichenificazione, escoriazioni. La causa è ignota; il trattamento nei casi incipienti consiste nei raggi X ed in medicazioni occlusive; si possono tentare anche rimedî antipruriginosi.

Impetigo contagiosa. — È una delle più comuni malattie cutanee dei bambini e va considerata come un'infezione streptococcica; si localizza il più spesso agli angoli della bocca ed alle pieghe retroauricolari. Il trattamento consiste nella rimozione giornaliera delle croste mediante rammollimento con acqua od olio caldi o con cataplasmi di amido. Si applica poi l'unguento al 3 % di precipitato bianco, eventualmente con la pasta di Lassar se la forma è molto resistente; se vi sono fessure, si faranno lozioni con acriflavina all'uno per mille, utili anche nella forma bollosa; agli angoli della bocca, dove la forma è più ostinata, si faranno medicazioni con pasta di Lassar o si applicheranno delle strisce di cerotto all'ossido di zinco per impedire l'apertura troppo grande della bocca.

Orticaria. — È una malattia prevalentemente estiva, che si suppone di origine gastrointestinale e probabilmente legata alla sensibilità proteica, se bene le cutireazioni non abbiano dato risultati positivi. L'A. la ritiene connessa con un eccesso di zucchero nella dieta. Nel trattamento si escluderà lo zucchero, le uova, le banane, gli estratti di carne; internamente si daranno bicarbonato di sodio, rabarbaro, salolo, ittiolo; localmente l'A. consiglia di aggiungere al bagno un cucchiaino da tè di tintura di quillaia al catrame e di fare lozioni od unguenti al catrame o con preparati di piombo; i vestiti debbono essere leggeri e non ruvidi per evitare il più possibile il grattamento.

Az.

La cura della psoriasi.

Come cura interna, si possono ottenere vantaggi dall'uso dell'arsenico, somministrandolo a lungo ed a piccole dosi; utile può essere il mercurio, eventualmente associato all'arsenico, come nella formola di Donovan-Ferrari: joduro di arsenico cg. 20; bijoduro di mercurio cg. 40; joduro di potassio g. 4; acqua grammi 120: da V a C goccie al giorno. Qualche risultato può ottenersi con l'opoterapia, quando la psoriasi sia in relazione con alterazioni endocrine.

Per la cura esterna L. Hudelo (*Paris Médical*, 1922, n. 24) osserva che consta di due tempi: 1) Desquamazione: bagni solforosi, alcalini o di catrame alla mattina della durata di 20-30 minuti, frizionando contemporaneamente con sapone di potassa o di cade; alla sera, unzioni con vaselina o glicerolato d'amido. 2) Applicazione di topici riduttori: l'A. consiglia il cerotto all'olio di cade: Olio di cade parti 3; cera 1.

Si applica alla sera sulle chiazze, dopo il massaggio, ricoprendolo con carta da sigarette, fissata da una falda di cotone, consigliando di indossare una maglia o mutanda di flanella. Non bisogna dimenticare che l'uso prolungato dell'olio di cade produce l'acne cadica e che è quindi necessario sospendere ogni tanto la cura. Buoni effetti possono ottenersi con l'acido crisofanico secondo la formola di Dubreuil e Petger: acido salicilico g. 5; ac. crisofanico g. 5; sapone nero, lanolina ana g. 50; si applica 2-3 volte al giorno e si può talvolta ottenere l'imbiancamento in 10-20 giorni. Nei casi di psoriasi alla faccia od al cuoio capelluto, è consigliabile l'uso di pomate mercuriali (unguento napoletano, calomelano, precipitato bianco). Come cure termali sono indicate quelle arsenicali o solforose.

fil.

La paraffina contro il dolore nell'herpes zoster.

Numerosi sono i medicamenti e le pratiche terapeutiche consigliate nell'herpes zoster, ciò che indica l'inutilità di tutti i rimedî. Howard Fox (*Journ. of amer. med. association*, 9 dicembre 1922) riferisce di aver trovato giovamento con l'applicazione locale di paraffina. Ha usato una miscela di paraffina, resina elemi, asfalto, e cera del Giappone; essa è adesiva e pieghevole e fonde a circa 40° [a quanto sembra si tratta di un prodotto analogo all'ambrina. *N. del Redatt*]. Si applica mediante uno spruzzatore o con un bioccolo di cotone sull'eruzione cutanea, ricoprendo poi con abbondante cotone e facendo poi la fasciatura; nelle medicazioni successive, occorre usare precauzione nel levare l'ultimo strato per non rompere le vescicole.

L'A. ha trattato in tal modo 17 casi di herpes nelle più svariate sedi, ottenendo con due a sei medicazioni la guarigione; anche nei casi più gravi, si ha subito la cessazione del dolore e l'ammalato ne rimane libero per 24 ore circa, dopo di che è consigliabile ripetere la medicatura. Unico inconveniente sarebbe la possibilità che le vescicole, rotte per la mal-

destra asportazione dell'ultimo strato, si trasformino in pustole, inconveniente che però si verifica con qualunque metodo di trattamento. Ad ogni modo, quando tale strato sia molto aderente è meglio lasciarlo in posto, spruzzandovi sopra un nuovo strato di paraffina.

fil.

Nel prurito vulvare.

Tenere per 10-15 minuti applicato fra le grandi labbra un tampone di cotone imbevuto con la soluzione seguente: cloridrato di cocaina g. 1; resorcina, idrato di cloralio ana g. 2; glicerina g. 3; acqua di lauroceraso g. 10; alcool a 80° g. 15; acqua g. 100.

Az.

Nella boccheruola infantile.

Applicare sulle lesioni la seguente pomata (Chompret):

Ossido di zinco.
Olio di cade, ana g. 10.
Vaselina.
Lanolina, ana g. 30.
M. s. p. u. e.

Az.

Il trattamento abortivo della blenorragia.

Legueu (*Journal des praticiens*, 6 gennaio 1923) fa rilevare che tale trattamento può tentarsi soltanto dopo la comparsa della prima goccia di scolo ed al massimo dopo 24-36 ore dall'inizio; converrà usare dei mezzi microbicidi abbastanza energici. È necessario anzitutto lavare l'uretra con una soluzione non microbicida, allo scopo di asportare meccanicamente i gonococchi che sono ancora al meato ed impedire che vengano trascinati in profondità; si useranno soluzioni di protargolo, o di argirolo ad 1 per mille. Poi si farà la vera iniezione microbicida con argirolo o protargolo a 20 per mille, usando una siringa da 10 cmc.; si riempirà l'uretra anteriore, chiudendo poi il meato fra le dita ed aprendolo di tanto in tanto per far sì che ne venga bene bagnata la fossa navicolare che è il punto infetto; dopo cinque minuti di contatto si lascia fuoriuscire il liquido e si applica un tampone di cotone al meato. Dodici ore dopo si ripete l'iniezione e se al massimo dopo una terza, non si ottiene la guarigione, si ricorrerà al trattamento ordinario. La cura abortiva non dà risultati favorevoli che nel 50 % dei casi.

Az.

SEMEIOTICA.

Differenze fra temperatura ascellare ed inguinale.

E. Levi (*Liguria medica*, 15 dic. 1922) ha studiato la questione in individui sani ed in ammalati. Nei sani, la temperatura non supera di regola i 37° e non esistono differenze fra temperatura ascellare ed inguinale oppure sono affatto minime ed in rapporto a fattori individuali; la massima elevazione del giorno si osserva nelle ultime ore del pomeriggio. In molti casi morbosi, può invece esistere differenza notevole fra le due temperature. Nella tubercolosi polmonare e nelle malattie acute dell'apparecchio respiratorio, la temperatura ascellare è costantemente superiore a quella inguinale; il contrario si verifica invece nelle enteriti, epatiti, peritoniti. Questi fenomeni possono avere importanza come criterio differenziale fra infezione generalizzata e flogosi localizzata, tendendo i focolai localizzati a portare aumento di temperatura nella regione cutanea più vicina. In alcuni casi, come p. e. nella tifoide, alla fase acuta può succedere un periodo in cui, mentre in una delle dette regioni del corpo sia ancora dimostrabile l'ipertermia, nell'altra la temperatura sia ritornata normale. Da ciò la necessità di controllare e confrontare le due temperature specialmente nei casi dubbi e ritenere che l'infermo sia ancora febbrile quando in una delle dette regioni la temperatura oltrepassi di varii decimi i 37°, anche se nell'altra sia al disotto; ciò è appunto particolarmente importante nei tifosi, per potersi regolare circa il ritorno alla dieta normale.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Qual'è la natura delle vitamine ?

Laumonier (*Gazette des Hôpitaux*, n. 93, novembre 1922) attenendosi ai dati delle ultime ricerche, ammette una vitamina A liposolubile, antirachitica, la cui deficienza sembra essere la causa delle alterazioni e del ritardo dello sviluppo: una vitamina B. idrosolubile, antiberiberica o antinevritica; una vitamina C., ben poco conosciuta, detta antiscorbutica.

La natura di queste sostanze vitaminiche porta a vaste discussioni: Funk, avendo trovato una base pirimidica, cristallizzabile, fondente a 233 gr. C., le ritiene sostanze chimicamente definite; Weil e Mouriquand le riportano a dei fermenti; Lumière a degli ormoni, quale la secretina; Portier a eccitanti della funzione nucleare; Carrisson a sostanze regolatrici la secrezione digestiva ed endocrina e della nutrizione del sistema nervoso; Renshaw infine a dei prodotti indispensabili per l'utilizzazione dell'energia. Ma secondo l'A. queste ipotesi sono poco soddisfacenti ed incomplete, mentre ritiene nuova ed interessante la teoria di Chevalier. Sarebbero ricche di vitamine quelle sostanze che sono pure ricche di nucleoalbumine. Quindi le nucleoalbumine por-

terebbero ad acidi aminici e acidi nucleinici i quali ultimi dànno in seguito pentossidi nucleinici (guanosina, adenosina) sino a giungere alle basi xantiniche e pirimidiche. Gli acidi aminici e le basi xantiniche sarebbero cardiovascolari, le basi pirimidiche eccito-secretori e tonici nervosi. Questi dati vengono confermati dall'ipotesi di Funk che riporta la sua vitamina a una base pirimidica, da quella di William che ne fa un derivato dell'acido nicotinico, da quella di Seidel che pensa ad un isomero attivo dell'adenina e da quella di Cooper che sostiene proprietà vitaminiche, tipo B, per la stricnina e la chinina, alcaloidi usati con successo nella terapia del beriberi.

Le vitamine quindi sono ultimi derivati delle proteine e di certi altri corpi indispensabili all'organismo; sono sostanze aventi funzioni elettive varie e devono essere conservate intatte negli alimenti e venire liberate e fissate dalla digestione e dall'assimilazione. Se vengono a mancare o non vengono assimilate, la loro deficienza si rivela in alterazioni del metabolismo nervoso, ghiandolare od osseo, come la insufficienza o il cattivo assorbimento dell'albumina, dei grassi, di certi minerali si palesa sotto fenomeni di inanizione, di demineralizzazione o altre malattie della nutrizione.

Non vengono con questo dissipate molte incertezze e molte oscurità che avvolgono ancora il problema delle vitamine, ma si può sperare venga aperta, alle nostre ricerche, una via nuova più accessibile e più facile per feconde scoperte. Dott. LEGA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Dosaggio della optochina. — Al dott. G. P. Todi, abbon. n. 2486:

La optochina o etilidrocupreina va somministrata in dosi non superiori a gr. 1-1,50 per via orale, nelle 24 ore. La somministrazione può essere continuata per circa una settimana; poi deve essere sospesa per un periodo di tregua di cinque o sei giorni.

Usata ad alte dosi e per lungo tempo, danneggia il nervo ottico e non sono rari i casi di ambliopia, che può giungere fino ad una amaurosi transitoria.

T. PONTANO.

Trattato sulle malattie infettive. — Al dottor B. F., Trabia:

In qualsiasi trattato di patologia moderno le malattie infettive trovano ampio svolgimento Se volesse però consultare opere moderne, che in modo esauriente si occupano dell'argomento, possiamo consigliare i *primi cinque volumi* del *Nouveau traité de médecine* diretto da Roger, Widal e Teissier; essi sono dedicati tutti alle malattie infettive e parassitarie. Nel 1° volume poi del Mohr e Stahelin troverà sul tifo e sui paratifi una magnifica memoria compilata dallo Schottmüller, uno dei migliori studiosi dell'argomento.

T. PONTANO.

Bibliografia sulla malaria. — Al dott. N. M., da G. I.:

Negli «Annali d'Igiene» viene pubblicata un'ottima revisione di tutti i lavori contemporanei sulla malaria, per quanto concerne parassitologia, epidemiologia, profilassi, tecnica, ecc. — Ne sono anche tirati gli estratti.

T. PONTANO.

Sul megacolon. — All'abb. n. 3046:

Può trovare notizie sul Megacolon (del quale una delle prime descrizioni è dovuta al Concetti) in tutti i trattati di Patologia e Clinica Chirurgica, specialmente nella «Chirurgie infantile» del BROCA, edito dallo Steinheil, Parigi, 2, Rue Casimir - Delavigne, e nella *Chirurgia dell'addome* del DONATI, edito dalla Tormere. Poi può consultare tutta la raccolta del *Journal de Chirurgie*, ove troverà molti lavori originali e recenti.

L. DOMINICI.

Al dott. L. Criscuoli, Barletta:

Un buon trattato di tecnica operatoria per chi conosce il tedesco è *Chirurgische Operationslehre*, Bier, Braun, Kummel. Editore Johann Ambrosius, Barth, Lipsia, 1920. Buono pure è il MARION: *Technique Chirurgicale*, edit. Maloine, Parigi, ovvero *Précis de Technique Opératoire* di VEAU, LENORMANT, ecc. In vendita presso Boulangé, Rue de l'Ancienne Comédie, 14, Parigi. Un buon *Trattato di Ginecologia* è quello di FAURE e SIRÉDEY (3ª edizione), in vendita presso lo stesso Boulangé. Il siero antistreptococcico ha azione curativa ma non ha azione preventiva contro l'infezione puerperale.

L. D.

Corsi di clinica ostetrico-ginecologica. — Al dott. Giovanni Cremona, Casa Foderà (Girgenti):

Nella clinica Ostetrico-ginecologica al Policlinico Umberto I in Roma si tengono annualmente corsi di perfezionamento per laureati in medicina. Nell'anno corrente un primo corso trimestrale fu già iniziato in gennaio e terminerà in aprile ed a questo ne seguirà un altro pure trimestrale. Ma per questo anno le

iscrizioni sono già complete. Chi voglia frequentare un corso l'anno venturo dovrà rivolgersi alla segreteria della Università al principio dell'anno scolastico. Dopo terminato il corso e superato l'esame viene rilasciato un diploma.

Non è possibile ospitare nell'Istituto gli inscritti, salvo che per i turni di guardia.

A. di S.

VARIA

Il "medico di famiglia".

L'*American Medicine* del dicembre 1922 riporta questa poesia che esprime il rimpianto per il vecchio «medico di famiglia» il quale va sempre più scomparendo dalla società moderna, non soltanto in America, ma in tutti i Paesi:

O dov'è il medico che curava i nostri malanni
con la gialappa e il rabarbaro, la senna e la squilla,
al quale piaceva il whisky e che aveva ispide le sopracciglia,
e non si perdeva dietro i «perchè» e i «come»?
Egli andava su di una rozza, talvolta su di un biroccio.
Si dice che ora sia andato molto, molto lontano
e alcuni affermano che non tornerà più
il vecchio medico di famiglia, il buon Weelum McClure (1).
Il suo posto è stato preso da un medico ultra smart (2)
che conosce tutto, ma che è privo di cuore.
Vecchio medico di casa che noi conoscevamo
da tanto tempo e così bene, e che noi amavamo,
che eri così gentile e gioioso e che non sorridevi quando noi
[ci lamentavamo,
vecchio medico di famiglia, ottimo amico, addio!

***

A favore del medico di famiglia scrive un articolo ne «La Clin. Ostetr.» (gennaio 1923) Maria Lloyd, la quale rileva che egli aveva il merito di conoscere e di considerare come un tutto non soltanto l'individuo somatico, ma anche quello psichico e l'ambiente famigliare: epperò egli era in grado di sorprendere all'inizio e di arrestare o prevenire molti malanni fisici, psichici e morali che travagliano l'umanità: auspica il suo ritorno.

a. p.

(1) Nome proprio senza pretese patrizie in America.
(2) Chi veste all'ultima moda.

I fasti del bolscevismo.

Da una relazione del dott. Haigh di Ginevra, pubblicata sul *Journal des Praticiens*, risulta che nelle città di Khersan e di Odessa ogni intervento chirurgico è divenuto impossibile: qualsiasi operazione, anche delle più modeste, suol essere seguita da morte. Gli effetti lettereccі sono a brandelli: la biancheria è di colore ardesia e i materassi sono putrefatti. Il numero dei letti, del resto, è diminuito del 90 % rispetto al periodo prebellico. Mancano sapone, soda, acido fenico. Difettano le sostanze grasse per proteggere gli strumenti contro la ruggine. Il servizio d'infermeria è lamentevole: mancano termometri, vestaglie, mezzi d'isolamento. Le cucine funzionano con poca torba, senza legna. V'è grande penuria d'acqua. Queste condizioni riflettono quelle cittadine: difatti la mortalità nel 1922 è divenuta più che decupla rispetto al 1913.

Dopo tutto ciò, si venga a dire che la Russia non attraversa la sua età dell'oro! È questo ideale di benessere generale che i nostri comunisti facevano brillare agli occhi delle classi proletarie!

a. p.

Un giudizio di Rénan sull'Italia.

Mentre ricorre il centenario della nascita di Ernesto Rénan, ci è grato riportare un suo giudizio sull'Italia.

Dopo aver rilevati i difetti degl'italiani del rinascimento, contrapponendoli alle virtù dei puritani pionieri degli Stati Uniti d'America, aggiunge:

«Eppure, se dovessimo vedere inabissarsi l'Italia col suo passato o l'America col suo avvenire, quale delle due lascerebbe maggior vuoto nel cuore dell'umanità? Che cos'è l'America, tutta intera, accanto a un solo raggio di quella gloria infinita, onde brillano, in Italia, città di second'ordine: Firenze, Pisa, Siena, Perugia? Prima di raggiungere nella scala della grandezza umana un rango comparabile a quelle città, New York e Boston avranno molto da fare, e io dubito che sarà mercè le «Società legumiste» o la propagazione della «pura dottrina» (1) che giungeranno ad avvicinarvisi». (*Études d'Histoire religieuse*, 5ª ediz., Parigi, 1862, p. 393-394).

a. p.

(1) Dei quaccheri o puritani.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BELLUSCHI ELISA. *La Vigilatrice sanitaria nelle colonie di cura climatica.* — Genova, Angelo Pagano, 1922.

BELLI C. M. *Igiene dei sommergibili.* — Roma, Stab. Pol. Amm.ne Guerra, 1922.

BERGHINZ GUIDO. *La Clinica Pediatrica di Padova durante l'anno scolastico 1922.* — Padova, Stab. Tip. del «Messaggero», 1922.

BIJLSMA U. G. *De digitalis en hare therapeutische toepassing.* — Leiden, Institut Pharmacoth., 1922.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Aritenoide e corda vocale vera.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1922.

ID. *Gli spostamenti della laringe da causa intrinseca.* — Biella, Tip. Magliola e C., 1922.

ID. *Su due casi di ipersonnia in soggetti otitici d'antica data.* — Roma, Tip «Le Massime», 1922.

ID. *Le «tesi» di Michele Rosa sugli organi dei sensi.* — Roma, Tip. «Le Massime», 1922.

BILANCIONI G. e FUMAROLA G. *Su alcune rare manifestazioni, a forma bulbare (laringee e respiratorie), della «encephalitis chronica epidemica».* — Roma, Tip. «Le Massime», 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

QUESTIONI PRATICHE.

XI — Licenziamento per fine del periodo di prova.

Il Comune di Lucera deliberò il licenziamento del medico condotto, per fine del periodo di prova; avrebbe potuto non motivare questo provvedimento, ma aggiunse «che il servizio prestato nel periodo di prova aveva dato luogo a non pochi e deplorati inconvenienti in vista dei reclami fatti contro di lui».

Innanzi alla IV Sezione, alla quale ricorse il medico condotto, si presentavano quattro questioni:

1ª È competente la giurisdizione amministrativa a conoscere del ricorso, qualora si faccia questione del diritto alla stabilità dell'ufficio?

2ª La deliberazione di licenziamento per fine del periodo di prova è provvedimento definitivo, nel senso che il ricorso debba essere diretto alla IV Sezione?

3ª In quali condizioni è valutabile il servizio interinale agli effetti della stabilità?

4ª La qualificazione del servizio prestato dal medico condotto per giustificare il licenziamento alla fine del periodo di prova, può attribuire a questo atto il carattere di provvedimento disciplinare?

La IV Sezione, con decisione 21 luglio 1922, n. 395, ha risoluto così le varie questioni.

a) È competente a giudicare la giurisdizione amministrativa, anche quando si faccia questione di stabilità, cioè del diritto all'impiego. Questa risoluzione è ormai costantemente accolta dalla giurisprudenza amministrativa e giudiziaria. S'intende, però, che la domanda deve essere diretta all'annullamento dell'atto e non al risarcimento del danno.

In questo senso ha deciso anche la Corte di Cassazione a Sezioni Unite.

b) Contro le deliberazioni di licenziamento per fine del periodo di prova, non è ammesso ricorso alla Giunta Provinciale Amministrativa, il quale è proponibile nei casi di licenziamento per motivi disciplinari; ma si può ricorrere soltanto e direttamente alla IV Sezione del Consiglio di Stato, per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere, escluso cioè il sindacato di merito dell'atto. Anche questa è giurisprudenza costante.

c) È valutabile il servizio interinale anteriore alla nomina definitiva, qualora si tratti di servizio continuativo seguito «immediatamente dalla nomina in base a concorso».

Questo criterio è indubbiamente corretto; è utile però avvertire, in linea di massima, che la continuità non si può intendere con assolutezza e rigidità; qualsiasi interruzione non basta a spezzare la continuità *giuridica* della prestazione. Se la interruzione fosse formale o diretta al fine di evitare la stabilità, sarebbe improduttiva di effetti perchè l'atto sarebbe illegittimo; ma anche la discontinuità effettiva può non essere valutabile come *interruzione*, per condizioni di durata, per effetto di riassunzione sollecita in servizio, ecc. Quindi la risoluzione sopra indicata deve essere intesa piuttosto come una decisione di «specie più che di massima rigida», tanto più che nel caso deciso si trattava di servizi prestati a notevole distanza di tempo e, alcuni, per obbietti specifici e transitori.

d) La qualificazione del servizio, l'accenno a reclami e ad inconvenienti non possono tramutare in un licenziamento per motivi disciplinari quel provvedimento che è, in sostanza, una disdetta pura e semplice per cessato periodo di esperimento. È ovvio, però, distinguere questo caso dal licenziamento deliberato nel *corso* del periodo di prova, cioè prima del termine dell'esperimento: in questa ipotesi si tratta di licenziamento vero e proprio, contro il quale è ammesso ricorso alla Giunta Provinciale Amministrativa, anche per il merito.

XII. — Norme per la nomina di medici-chirurgi ospedalieri.

La nomina dei chirurghi supplenti (e in genere, dei medici-chirurgi) degli ospedali ed enti morali deve essere fatta secondo le norme di carattere generale stabilite nei regolamenti dell'ente. Se a tali norme siano state apportate deroghe, in casi speciali ed eccezionali, non si possono estendere queste ad altri casi, ma, trascorso il tempo durante il quale fu sospesa l'applicazione delle norme generali, queste riprendono il loro vigore. (Consiglio di Stato, Sez. IV, decis. 7 luglio 1922, n. 366).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La riforma del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Uno dei problemi che ha richiamato l'attenzione dell'on. dott. Torre fin dalla sua assunzione alla carica di Commissario per le Ferrovie, anzi prima che fosse chiamato all'alto ufficio, è quello riguardante la morbosità del personale ferroviario.

Per risolvere questo problema che ha gravi e profondi riflessi economici e disciplinari si presentavano due mezzi: o istituire freni automatici, ossia la sospensione temporanea della paga agli agenti assenti per malattia, o il rafforzamento del Servizio sanitario.

L'on. Torre, ritenendo che per il momento non si possa ricorrere al primo, perchè crede non giusto sottrarre al vero malato il sussidio di malattia per colpire coloro che abusano, ha preferito il secondo.

Un comunicato comparso su i giornali politici annunzia che l'Alto Commissario è deciso ad abolire l'istituto del medico di reparto per sostituirlo con condotte esclusivamente fiscali affidate a medici compensati con stipendio fino a diciottomila lire.

La innovazione risponde ad una necessità imprescindibile per ottenere che la morbosità dei ferrovieri si mantenga sempre entro quei limiti giusti ed onesti che ora la disciplina ha imposto.

L'istituto del medico di riparto — si parla sempre di quelli dei grandi centri — adottato dalle Società assuntrici l'esercizio ferroviario, rispondeva quando gli accertamenti fiscali erano pochi e tali da non richiedere molto tempo, poichè gli agenti trovavano nel trattamento economico durante l'assenza per malattia. l'incentivo sufficiente per non essere malati.

A poco a poco le concessioni fatte ai malati raggiunsero proporzioni tali che attualmente è più conveniente essere assenti che in servizio.

Intanto l'arruolamento, le competenze dei medici preposti agli accertamenti fiscali nei grandi centri non miglioravano proporzionalmente.

Tali medici, per provvedere alle loro necessità, continuarono ad attendere con lo stesso ritmo alla pratica professionale, e dovettero trascurare il cliente meno esigente, che è lo Stato.

Le ben note condizioni di indisciplina del triennio 1919-1921 fecero il resto. Ed a scarico dei medici deve dirsi che non potevano, essi senza alcuna autorità effettiva, assumere un atteggiamento di rigore là dove cedevano sempre e su tutto gli organi stessi preposti alla disciplina.

La riforma decisa dall'on. Torre troverà certamente consenso da parte di tutti quelli che da tempo si occupano dell'argomento.

Non potranno dolersi, nè hanno ragione di preoccuparsi gli attuali medici di reparto, specie dopo che lo stesso on. Torre si è riservato di studiare come la riforma possa effettuarsi senza danno degli attuali medici di reparto.

Non è dubbio che i medici condotti fiscali potranno prevalentemente essere scelti fra gli stessi medici di reparto dei grandi centri.

Eliminati quelli che hanno raggiunto i limiti di età prescritti dal regolamento, eliminati coloro che hanno dimostrato irriducibile negligenza e debolezza nel disimpegno delle proprie mansioni, vi sarà modo di sistemare coloro che in base al servizio già prestato. possono dimostrare di sapere attendere convenientemente ai nuovi compiti del medico ferroviario.

Così il problema del Servizio sanitario si avvierà alla sua giusta soluzione senza offendere giusti interessi.

Ma oltre a ciò, se si vuole che la bassa morbosità attuale non rimanga un ricordo legato a quello dell'Amministrazione che ora governa le Ferroviè, occorre che parallelamente siano modificate le disposizioni disciplinari verso gli agenti che abusano o tentano di abusare, per modo che rigide sanzioni regolamentari siano applicate con sollecitudine e con formalità minori di quelle, che durante l'êra bolscevica, permettevano che l'agente dichiarato simulatore divenisse accusatore, ed accusato il medico zelante e coscienzioso.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei Medici di Roma.

Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, nella sua seduta del 14 febbraio 1923;

esaminata la situazione creatasi a seguito della promulgazione del R. D. L. 7 gennaio 1923, n. 8, in relazione dell'esercizio professionale dei Medici;

ritenuto che nella massima parte dei casi la abitazione e lo studio rappresentano per il medico il centro attorno a cui si è creata e si svolge la sua attività professionale, e che quindi il Sanitario non

potrebbe allontanarsene senza risentire un grave danno economico, in dipendenza della perdita della clientela formatasi attraverso lunghi anni di assiduità e sacrifici;

fa voti che le commissioni arbitrali per gli affitti tengano nel maggior conto la situazione speciale dei Medici, considerandola col maggior senso di equità nella risoluzione delle loro controversie con i sigg. proprietari degli stabili;

delibera di comunicare il suesteso ordine del giorno ai sigg. Pretori dei Mandamenti di Roma.

IGIENE SOCIALE.

I colori artificiali nell'igiene sociale.

Al fine di regolare in modo più organico e più rispondente alle necessità della pratica ed alle attuali cognizioni scientifiche le norme per l'impiego delle materie coloranti nelle sostanze alimentari e negli oggetti d'uso è stato emanato un R. Decreto in data 7 gennaio u. s., che disciplina tutta la materia.

Il concetto seguito che stabiliva un elenco di colori nocivi, faceva presumere non nocivi tutti gli altri. Questo concetto non è sembrato il più razionale, e in verità il numero delle materie coloranti artificiali già grande (nelle tabelle dello Schultz ne sono elencate ben 923) cresce ogni giorno per la scoperta di nuovi termini, nè si può presumere siano le nuove sostanze coloranti innocue, ma anzi per alcune serie di composti l'analogia di costituzione con coloranti ritenuti nocivi fa ritenere di essere nel vero ammettendo che analoga ne debba essere l'azione sull'organismo umano.

Quando la colorazione artificiale non è vistata da speciali disposizioni, permettere la colorazione di prodotti che sotto qualunque forma possono servire come alimento o bevanda, o semplicemente essere aggiunti ai generi alimentari o di bevanda, per i medicinali, per gli oggetti di uso comune, per i cosmetici, ecc., con un numero limitato di materie coloranti ritenute generalmente innocue corrisponde a considerazioni igieniche.

Seguendo questo criterio il nuovo Decreto consente l'impiego dei seguenti coloranti artificiali organici: giallo-naftolo S, brisoidina, bordeaux B, Ponceau 2, 3 e 4 R, Eritropina, Eosina, Flossina, bleu anilina, bleu solubile all'acqua, verde luce, verde malachite, violetto metile, carminio d'indaco. Sono inoltre consentiti alcuni colori naturali organici.

Un articolo poi vieta che nella preparazione dei saponi, dei cosmetici, delle tinture per i capelli o la barba, dei dentrifici siano impiegati colori proibiti per le sostanze alimentari, eccettuati il solfato di bario, il solfuro di cadmio, l'ossido di zinco, il solfuro di zinco, e qualche altra sostanza in uso per le polveri di cipria.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Perugia*: Dottori: Ghidoli Enrico, Castiglion del Lago — Sabatini Pio, Foligno — Donati Fernando, Gubbio — Galli Giacinto, Terni — Moscagni Giuseppe, Città di Castello — Boncristiani Mario, Cannara — Spartino Rodolfo, Amelia — Armanni Alfredo, Assisi — Stramaccioni Vincenzo, Orvieto — Massi Benedetti Saverio, Spoleto.

Provincia di *Avellino*: Dott. Russo Gabriele, Solofra.

Provincia di *Lucca*: Dott. Cosimo Pellegrini, Massarosa.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa del «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(*Continuazione; vedi fasc. 8*).

Dott. A. Remacci . . . . L. 10 —
Dott. A. Nota . . . . » 5 —

(Lista Ospedale S.ª Maria e S. Gallicano):

Prof. G. Ciarrocchi . . . . . . » 25 —
Prof. P. Pediconi . . . . . . » 25 —
Dott. G. Larini . . . . » 25 —
Dott. G. Getri . . . . » 10 —
Dott. P. Angelo . . . . » 10 —

(Lista Ospedale S. Giacomo):

Prof. P. Postempsky . . . . . » 100 —
Dott. Puccioni . . . . » 50 —
Dott. Antognoli . . . . » 5 —
Prof. Chiasserini . . . . . . » 5 —
Dott. Caravani . . . . » 5 —

(*Pervenute alla nostra Amministrazione*).

(Dal Sanatorio Militare di Anzio):

Cap. F. Bocchetti . . . . . . L. 25 —
Ten. Potenza . . . . » 10 —
Ten. Trepiccioni . . . . . . » 10 —
Ten. Lobianco . . . . » 10 —
Ten. Lanzoni . . . . » 10 —
S. Ten. Barbieri . . . . . . » 10 —
S. Ten. Sciarretta . . . . . . » 10 —

(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Medico primario; lire 10,000 e 10 bienni del ventesimo. Scad. 31 mar.

BURANO (*Venezia*). — A tutto 20 marzo; età limite 45; L. 6000. Chiedere annunzio.

CAPRANICA (*Roma*). — A tutto il 25 marzo; lire 7000 per 2000 pov.; 5 quadrienni decimo; addiz. L. 1.50; L. 300 uff. san. Serv. entro 15 giorni.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — L. 9000 per 1500 pov., L. 3000 cav. (ovvero fornitura diretta), doppio c.-v., L. 100 (*sic*) per uff. san.; quattro quinq. dec. Ab. 3100, di cui circa 500 pov. Scad. ore 17 del 25 marzo. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni.

CAPRINO VERONESE (*Verona*). — Scad. 15 marzo. Per Pazzon. L. 7500 e due c.-v., oltre L. 1800 cav.

CENTO (*Ferrara*). — Scad. 20 marzo. Per Dodici Morelli. L. 8000 e 8 bienni ventesimo; due c.-v.; addiz. L. 2 sopra 1000 pov.; L. 3000 cav.

CESENATICO (*Forlì*). — Scad. 5 aprile 1923. Medico-chirurgo primario e Direttore Ospedale. Servizio gratuito soli poveri e territorialmente, comprende tutto il Capoluogo. Stip. L. 10,000 al lordo da R. M. e ritenuta pensione, aumentato di un ventesimo per biennio limitatamente a dieci bienni. Prima indennità caro-viveri e metà della seconda. Chiedere avviso locale Segreteria comun.

CONEGLIANO (*Treviso*). — I e II Riparto. A tutto 31 marzo. L. 6000 e 5 quinquenni decimo; fino a 1000 pov., L. 2 addizion., L. 2500 per mezzo trasp., due c.-v.; assicuraz.

FIRENZE. — Cinque condotte. Scad. ore 17 del 20 marzo. Vedi fasc. 10.

FORCE (*Ascoli Piceno*). — Al 31 marzo. Ab. 3737. Con disposizione transitoria la cura obbligatoria è estesa ai semi abbienti con rendita netta inferiore alle L. 12,000. Residenziali L. 6500; prima indenn. caro-viv. di legge e seconda 60 % su quella goduta dagli impiegati statali; per uff. san. L. 500; compenso a *forfait* semi abbienti L. 4000. Aumenti quinquennali.

GIOVE (*Perugia*). — A tutto il 31 marzo; L. 9000 e 3 quinq. decimo; 1 c.-v. Età limite 45. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio.

MONTECALVO VERSIGGIA (*Pavia*). — A tutto 15 marza. Vedi fasc. 10.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). – Scad. 15 aprile. Ab. 2000. L. 5220.

ODOLENGO PICCOLO (*Alessandria*). — Scad. 15 mar. L. 4500 oltre L. 500 uff. san.; L. 1200 primo c.-v. provvisorio, L. 1800 cav.; alloggio.

RAVENNA. — Direttore del Gabinetto Medico-Micrografico del Comune. Scad. 20 marzo. Vedi fascicolo 10.

ROCCAROMANA (*Caserta*): soppressa.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — 35 assistenti. Scad. ore 15 del 15 marzo. Vedi fasc. 10.

TAVOLETO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 15 marzo. Lire 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 3000 cav.; L. 1000 disagiata resid.; L. 300 uff. san.; assicur.; abitaz. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni.

TORELLA DEI LOMBARDI (*Avellino*). — Ab. 3514. L. 4500 e c.-v.; 5 quadrienni decimo. È obbligatoria la pernottazione nel comune. Scad. 30 giorni dal 17 febbraio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stato chiamato alla Camera Alta il prof. Ernesto Pestalozza, preside della Facoltà medica di Roma. I suoi meriti sono troppo conosciuti dalla classe medica, perchè occorra di prenderli in esame. Ci limitiamo a ricordare gli studî sul corioepitelioma e quelli sulla tubercolosi del sistema genitale muliebre, il processo di isteropessi pelvica cui è legato il suo nome, l'esercizio dell'insegnamento, da lui impartito con così amorevole efficacia, l'organizzazione dell'assistenza materna in Roma. La sua forte attività gli ha acquistato vastissime benemerenze nel campo scientifico, didattico, clinico e sociale.

Il prof. Paul Bar ha lasciato la cattedra di Clinica ostetrica e ginecologica all'Università di Parigi; lo ha sostituito il prof. Cyrille Jeannin.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di ottobre 1922.

MALATTIE	2-8 ottobre		9-15 ottobre		16-22 ottobre		23-29 ottobre		30 ott. 5 nov.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	71	355	62	203	56	227	70	442	59	316
Scarlattina . .	113	260	98	208	101	235	112	65	91	251
Vajuolo e vajoloide. . . .	4	4	1	1	2	10	1	1	3	6
Tifo addominale. . . .	369	951	326	815	274	574	337	737	286	629
Difterite e croup	139	235	116	179	104	163	129	186	142	226
Meningite cerebro-spinale. .	2	2	—	—	2	2	—	—	—	—
Dissenteria . .	18	42	14	27	11	23	9	13	8	10
Tifo petecchiale. . .	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Colera asiatico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbon.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

PROFILI.

Giuseppe Caronia.

Il giovane scienziato, salito ora alla cattedra di Clinica Pediatrica dell'Università di Roma, è un vero esempio di devozione alla scienza.

Il suo tenace e appassionato lavoro ha dato gli alti risultati che sono universalmente noti nel campo degli studi; la sua vita di sacrificio e di amore è un quotidiano insegnamento per coloro che come collaboratori o discepoli hanno la fortuna di dividere il suo lavoro.

Laureatosi a Palermo nel 1911, il dott. Caronia prese subito parte attiva ai lavori della Clinica Pediatrica sotto la direzione del suo maestro professor Rocco Jemma, prima a Palermo poi a Napoli.

Dire in breve dell'opera scientifica del prof. Caronia è cosa ardua; in Ematologia, in Chemoterapia, in Batteriologia, in Serologia lascia di sè



un'impronta originale in tutti i suoi lavori. È insieme con Di Cristina, nel 1915, lo scopritore della terapia specifica della Leishmaniosi, affezione così grave e così diffusa in tutta l'Italia meridionale ed insulare. Come tutti i veri scienziati il prof. Caronia ha una squisita sensibilità artistica. Egli non è vissuto solamente della sua scienza, anche intendendola nella sua vastità, ma nei suoi studi ha portato un chiaro e profondo spirito arricchito dalle grandi esperienze filosofiche ed artistiche.

Così, conoscitore non solo di tutte le attività di ricerca, che hanno attinenza alla sua, ma della letteratura e dell'arte, egli è un vero interprete e discendente della gloriosa tradizione italiana.

L'Università di Roma ha acquistato nel prof. Caronia un vero maestro.

Il suo amore per tutto ciò che è manifestazione della intelligenza, la sua devozione alla scienza, il suo carattere mite e sereno, la generosità con la quale egli si è prodigato in aiuto dei suoi discepoli creeranno nella Clinica Pediatrica quella che è veramente la scuola, e cioè la collaborazione appassionata di coloro che sotto una alta guida si preparano a dedicare fedelmente la loro vita al culto e all'esercizio della scienza.

NOTIZIE DIVERSE.

Per le onoranze al sen. Grassi.

Per festeggiare il 70° anno di età e il 40° anno d'insegnamento che il senatore prof. Battista Grassi compirà prossimamente, s'è costituito un Comitato promotore composto dai suoi allievi, alcuni dei quali assunti già da molti anni all'onore della Cattedra universitaria. Essi hanno pensato che il miglior modo di onorare degnamente l'insigne Maestro, sia quello di promuovere una sottoscrizione per una *Fondazione Grassi per gli studi zoologici delle malattie parassitarie.*

Tale Fondazione avrà essenzialmente lo scopo di incoraggiare ed aiutare pecuniariamente, mediante sovvenzione o permanente o straordinaria, studiosi in genere di zoologia parassitologica.

L'opera scientifica del Grassi è davvero imponente. Ci basti ricordare le brillanti scoperte di varî ospiti intermedî dei parassiti animali, compiute mercè il metodo della distribuzione faunistica: di spirotteri, di teniadi, di nematodi e sovratutto degli ematozoi malarici; le scoperte sulle metamorfosi dei murenoidi; gli studi sulla biologia delle api, dei pappataci; l'opera monumentale sulla fillossera. Ognuno di questi contributi basterebbe a formare l'orgoglio di qualunque studioso; alcuni di essi hanno avuto larghe ripercussioni: quello sulla malaria è stato dei più benefici. Il Grassi ha educato allievi di valore: pur con mezzi modestissimi ha fondato una vera scuola. Egli costituisce una delle maggiori e più fattive glorie del nostro Paese.

La «fondazione Grassi» non solo onorerà il nome dello scienziato geniale e infaticabile, ma contribuirà a mantenerne vivo l'insegnamento.

Le adesioni e le offerte si ricevono dal Comitato, che ha sede presso la «Rivista di Biologia», via della Dogana Vecchia, 27 - Roma (19).

Convegno sanitario internazionale.

Com'è noto, il Comitato d'igiene della Società delle Nazioni ha deliberato di organizzare uno scambio di personale sanitario fra le diverse Nazioni al fine sopratutto di creare, accanto ad una più larga esperienza dei problemi sanitari dei diversi paesi quello spirito di corpo fra i sanitari delle diverse nazioni che deve ritenersi condizione fondamentale per una cooperazione fattiva e feconda nella risoluzione delle questioni igienico-sanitarie.

Il prossimo convegno avrà luogo in Inghilterra e successivamente nell'Europa centrale e vi prenderanno parte 24 medici di varie nazionalità. Della nostra Direzione generale della Sanità pubblica interverrà il medico provinciale dott. Collina,

addetto al Ministero dell'Interno, il quale è già partito per Londra.

La Federazione nazionale contro il cancro.

Sono state convocate a Bologna da ogni parte d'Italia notabilità mediche e scientifiche per gettare le basi di una Federazione Nazionale contro il cancro (a somiglianza di quelle esistenti in ogni Stato civile di Europa e di America ed in vista del prossimo Congresso interalleato contro il cancro a Strasburgo). Venne approvato lo statuto del nuovo Ente, che sarà costituito di comitati regionali federati.

Il comitato centrale provvisorio è risultato composto del sen. Foà, *presidente;* dei proff. Maurizio Ascoli e Raffaelle Bastianelli, *vice-presidenti;* dei proff. Bertolotti, Biagi, Fichera, Radaeli, Sfameni, Silvagni, Viola, *consiglieri;* del prof. Lusena, *segretario;* e del prof. Forni, *economo-cassiere.*

Corso di perfezionamento in Igiene.

Si terrà nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Catania dal 15 marzo al 15 maggio. Possono iscriversi i medici, i veterinari, i chimico-farmacisti, i chimici puri, i dottori in Scienze Agrarie, in Scienze Naturali e i diplomati in Farmacia, aspiranti a cariche sanitarie. Tassa di L. 300.

Congresso internazionale di Talassoterapia.

Questa riunione, che si terrà a Venezia dal 9 al 12 aprile 1923, promette di riuscire del maggiore interesse, sia per l'argomento posto all'ordine del giorno: «Determinare in modo scientifico sperimentale e in tutti i loro dettagli, i fattori generali che provocano le azioni biologiche nelle diverse stazioni marine», del quale ognuno vede la grande importanza scientifica, sia per il numero e il nome di coloro che hanno già dato la loro adesione.

La talassoterapia che fino ad oggi, ad onta della sua enorme importanza curativa, fu guidata dall'empirismo, grazie all'opera di valorosi scienziati sta diventando una dottrina sperimentale.

Per l'Italia poi specialmente, la riunione di Venezia è del massimo valore perchè contribuirà grandemente a far conoscere all'estero le nostre bellissime spiaggie. Fin d'ora è assicurato l'intervento di gran numero di colleghi francesi, inglesi e belgi e non dubitiamo che i colleghi italiani vi parteciperanno in gran numero.

A complemento del Congresso saranno organizzate delle gite di istruzione ai luoghi di cura più importanti. I Congressisti godranno di ribassi ferroviari e di facilitazioni negli Alberghi.

Per tutte le informazioni rivolgersi al prof. Giulio Ceresole, Segretario generale del Congresso - Ospedale Civile - Venezia.

Il Congresso è sotto l'Alto Patronato di S. M. il Re.

La Mostra delle bonifiche.

Sotto la presidenza del conte Valle, e con l'intervento dell'on. Pantano, presidente dell'Istituto internazionale d'Agricoltura, si è riunito in Roma il Comitato organizzatore della Mostra Nazionale delle bonifiche.

Il presidente in un lucido discorso ha accennato all'importanza assunta dalla Mostra, la quale riflette uno dei più importanti problemi nazionali.

Questa mostra — per la quale si va già raccogliendo molto materiale — sarà una compiuta rassegna di ciò che è stato fatto per le bonifiche; e fornirà elementi nuovi e preziosi di studio.

Su proposta del presidente, si è deliberato di prorogare la data dell'inaugurazione, che era già fissata per la primavera.

Il Centenario dell'Università di Napoli.

Convocato dal Rettore Magnifico si è riunito a Napoli il Comitato artistico archeologico per la celebrazione del VII Centenario della Università.

Fu stabilito che la cerimonia ufficiale si svolga nella storica Sala dei Baroni a Castelnuovo e a tal uopo il sindaco e il rettore si recheranno a Roma per ottenere dal Sottosegretario per le Belle Arti i fondi occorrenti al restauro della bellissima sala rimasta danneggiata due anni or sono per un incendio. Per la parte musicale venne deciso di rievocare solennemente l'opera di Scarlatti. Spettacoli teatrali si svolgeranno nell'Anfiteatro di Pompei: fu stabilito di nominare un apposito Comitato che curerà le rappresentazioni classiche.

Il Rettore prof. Giovanni Miranda ha costituito un Comitato storico composto dai senatori Benedetto Croce e F. Torraca e dai proff. Schipa, Salvioli, Schiappoli e Barone, con segretario il professore G. Della Valle.

La raccolta dei fondi per lo svolgimento del complesso programma è ben iniziata con un contributo di L. 50.000 del Comune di Napoli.

Per l'Asilo di Marechiaro.

In data 1º febbraio S. M. il Re firmava un Decreto elevante ad Ente Morale la parte dell'Asilo di Marechiaro ch'è in perfetta efficienza e cioè la Colonia Marina permanente che il prof. Tropeano, in segno di profonda riconoscenza, ha voluto intestare al benemerito Direttore Generale della Sanità Pubblica «Alberto Lutrario» che durante la nascita, lo sviluppo e il funzionamento di questa provvida Opera Napoletana ha dato costantemente prova di fervido sostanziale attaccamento con concessione di materiale e di sussidi per nulla indifferente. L'Asilo redentore si avvia così, pur in mezzo a difficoltà angosciose, verso la sua stabilità definitiva.

Medici condannati.

I giornali quotidiani riferiscono che nel Tribunale penale di Torino si è svolto un contrastato processo contro due medici accusati dell'abusivo internamento di certa signora Ester Ruffino Gobuzzi in una casa di salute.

Il dott. Pietro Pennetti fu condannato alla pena

di 9 mesi ed il dott. Emilio Bellini alla pena di 6 mesi di detenzione ed agli indennizzi per la costituzione di parte civile.

In applicazione del recente decreto di amnistia al dott. Bellini la pena viene ad essere completamente condonata ed al dott. Pennetti viene ridotta di due terzi.

Monumento a Lucas-Championnière.

Nella corte dell'Hôtel-Dieu di Parigi, alla presenza della famiglia, della Facoltà di Parigi e dei rappresentanti delle alte autorità sanitarie della Francia è stato inaugurato un monumento alla memoria del grande chirurgo Lucas-Championnière.

Parlarono Strauss, ministro dell'Igiene, Simpson Hendley, professore di chirurgia a Londra, Depaye di Bruxelles, Gariel a nome del Touring Club, Bozy a nome dell'Accademia delle Scienze, Hartmann per l'Accademia di Medicina, Sebileau per la Società di Chirurgia.

Sulla radioterapia eccitatrice.

All'Istituto Pasteur di Parigi, presenti alte autorità scientifiche ed illustri igienisti, il dott. Antonino Pais ha tenuto una conferenza sulle nuove ricerche di radioterapia eccitatrice, con particolare riguardo ai risultati ottenuti nella cura della malaria.

Il 27 febbraio cessava di vivere il prof. ERMANNO PINZANI, direttore della Clinica Ostetrica e Rettore Magnifico della R. Università di Pisa.

Nacque a Monte Porzio (Pesaro-Urbino), il 14 luglio 1853. Fu assistente provvisorio della Clinica Ostetrica di Bologna nel 1879 e vi rimase reggendone anche la direzione, fino al 1901. Vinse il concorso di direttore della Scuola di Ostetricia di Venezia, di Novara e dell'Università di Cagliari e Catania. Nominato professore straordinario di ostetricia nella Clinica dell'Università Pisana il 1° novembre 1895 fu promosso ordinario nel 1901. Fu nominato Rettore il 16 ottobre 1920, ufficio che egli teneva tuttora con dignità ed onore sommo dell'Ateneo pisano.

La sua scomparsa ha prodotto vivo dolore tra i professori tutti e gli assistenti che avevano potuto apprezzare nel rettore le più belle doti di mente e di cuore. Col prof. Pinzani scompare uno scienziato insigne che aveva saputo affermarsi con valore nel campo degli studi ginecologici.

T.

Con molto ritardo e col più vivo rammarico abbiamo appreso la notizia della morte del dott. comm. GIULIO CACCIALUPI, avvenuta in provincia di Cremona.

Il dott. Caccialupi esercitò nobilmente, per molti anni, la professione in Roma e la sua opera illuminata e solerte era cercata ed apprezzata da numerosa e distinta clientela.

Dotato di forte ingegno, di tenace volontà, di carattere integro, fu tra i primi organizzatori delle associazioni professionali e, sempre all'avanguardia, fu tra i più valorosi combattenti per le rivendicazioni della classe sanitaria e specialmente dei medici condotti. Ricoprì la carica di presidente dell'Ordine dei Medici, quando gli Ordini non erano ancora costituiti in ente morale, e fu pure Consigliere della Federazione degli Ordini.

La parola del Caccialupi, vivace, calda, ed applaudita non mancò mai nelle riunioni e nei Congressi ove si agitavano i problemi sanitari.

I colleghi di Roma non ne dimenticheranno la figura simpatica e la dirittura del carattere. Noi mandiamo alla sua memoria le espressioni del nostro mesto rimpianto ed al figlio dott. Piero, chirurgo otoiatra degli Ospedali, le più vive e sentite condoglianze.

F. B.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 1 ott. — F. LASAGNA. Rara forma di stenosi esofagea. — 5 ott. E. PITTARELLI. Ricerche comparative sull'analisi del potassio nei liquidi organici. — 8 ott. A. SOSTER. Sulla persistenza del tronco arterioso comune nell'uomo.

La Medic. Prat., 30 sett. — P. PERAZZI. Le amputazioni cinematiche nei mutilati di guerra.

Giorn. d. Med. Prat., sett. — A. BARLOCCO. Avvelenamento acuto da mercurio.

Riv. crit. di Clin. Med., 25 sett. — M. TINTI. Sulle cosidette cromoreazioni urinarie.

Zeitschr. f. Tuberk., sett. — Resoconto della Conferenza tedesca sulla tubercolosi.

Münch. Mediz. Woch., 6 ott. — A. LÄWEN. Sull'insensibilizzazione segmentaria da iniezioni paravertebrali di novocaina per la diagnosi differenziale delle affezioni intra-addominali. — O. KESTNER. Cottura e digeribilità del pane. — A. BINSWANGER. Patogenesi e prognosi dell'epilessia.

Mediz. Klinik, 8 ott. — LINCK. Origine e trattamento della meningite otogena. — A. GOTTSCHALK e H. v. HOESSLIN. Il ricambio intermedio degli idrocarbonati nelle malattie del sistema striopallido.

Journ. d. Praticiens, 7 ott. — A. CANTONNET. La oftalmia simpatica: diagnosi, profilassi e cura.

Journ. d. Méd. de Paris, 23 sett. — M. LABBÉ. L'acidosi da digiuno.

La Riforma Med., 9 ott. — A. DE MARTINI. Linfocitosi e potere lipolitico del siero nella tbc. polmonare. — C. GUARINI. Cura Roentgen di alcune lesioni dell'occhio con radiazioni a cortissima onda. — P. M. FRANCO. Corpuscoli fucsinofili dell'espettorato.

Deutsche Mediz. Wochens., 6 ott. — H. LAGER. La diagnosi della tubercolosi infantile delle glandole bronchiali. — C. SCHILLING Per migliorare la tecnica della conta dei leucociti nel sangue. — M. MAYER. Nuovo rimedio antitripanosomico: «Bayer 205».

Journal Amer. Med. Assoc., 30 sett. — N. B. FOSTER. Trattamento dell'ipertensione. — E. WEISS. Il fattore congenito nelle affezioni renali croniche. — R. L. LEVY. Studi clinici sulla chinidina.

Archivi.

Annali d'Igiene, ott. — P. MAIONE. Epidemia di febbre tifoide di origine idrica. — G. MOREALI. «Disinfezione parziale» del terreno. — P. FARINA. Le infezioni attraverso la polpa dentaria.

Annali di Ostetr. e Ginec., ott. — G. DOSSENA. Glicemia e glicosuria sperimentale in gravidanza. — E. CLEMENZI. Necrosi acute della placenta.

Annali di Oftalmologia e Clinica oculist., 6-9. — A. BIETTI. Forma benigna di cheratomicosi. — L. MAGGIORE. Raggrinzamento post-infiammatorio dell'iride. — O. ORLANDINI. Distacco retinico da causa albuminurica

Arch. Mal. du Coeur, ecc., sett. — A. NANTA. Il cuore tabetico. — E. BORDET. La radioscopia nell'angina pectoris.

Amer. Journ. Med. Sciences, ott. — G. WELLES. Calcificazione post-traumatica del pancreas, con diabete. — J. A. FORDYCE, I. ROSEN e C. N. MYERS. Studii quantitativi sulla sifilide dal punto di vista clinico e biologico. — T. MCKEAN DOWN. La Wassermann in casi non luetici. — A. O. WILENSKY. La chirurgia dei tumori toracici. — A. C. REED. Diagnosi e trattamento della colite amebica.

Radiologia Med., ott. — G. SIGHINOLFI. Avvertenze consigliabili dopo la radioterapia profonda.

Annali Manicomio Prov. di Perugia, I-IV. — G. AGOSTINI. Sindrome psicopatica della encefalite epidemica. — G. AGOSTINI. Le cosidette placche senili.

Arch. Ital. di Chir., nov. — A. MILIANI. Epitelioma basocellulare del labbro super. — R. FALCONE. Mesenterite retrattile. — O. CIGNOZZI. Appendicectomia nelle coliti croniche.

Annales de Méd., nov. — L. BERNARD, M. SALOMON e COSTE. Flebiti superficiali degli arti superiori nei tubercolotici. — LEGRAND. Il problema dell'assimilazione transenterica.

Journ. Metab. Research, giugno. — F. P. UNDERHILL, TILESTON, WIELDER e J. BOGERT. Studi sul metabolismo nella tetania. — C. FUNK e B. J. PATON. Le vitamine B e D. — D. MARINE e E. J. BAUMAN. Influenza delle glandole endocrine sugli scambi respiratorii. — K. UTHEIM. Disturbi cronici gravi della nutrizione nell'infanzia.

Rivista Ital. di Ginecol., nov.-dic. — A. BERTINO. Cura operativa del prolasso genitale con retroflessione uterina. — E. COVA. Il varicocele del legamento largo. — S. CAPPELLANI. Sarcoma del collo dell'utero. — C. DECISO. Contenuto in iodio della tiroide durante la gravidanza. — S. SCAGLIONE. Azione degli estratti di organi endocrini sull'utero isolato.

Acta Med. Scandin., 7 nov. — A. FISCHER. Colture di tessuti. — E. KYLIN. Azione peristaltica dei capillari. — H. C. GRAM. Campionamento degli emoglobinometri. — H. GERTZ. Azione motrice indotta. — O. THOMSEN e E. VOLMOND. Tentativo di differenziazione di tipi di gonococco.

Arch. p. le Sc. Med., 1. — P. BASTAI. Infezione erpetica ed encefalite epidemica. — F. VANZETTI. Colite cistica dissenterica.

Indice alfabetico per materie.

Autovaccinazione antirabica . . . . . *Pag.* 343
Bibliografia . . . . » 341
Bismuto nella terapia della sifilide . . » 344
Blenorragia : trattamento abortivo . . . » 348
Boccheruola infantile : prescrizione . . » 348
Campagna antimalarica nel suburbio di Roma . . . . » 337
Cronaca del movimento professionale . . » 353
Colori artificiali : disciplina dell'impiego . » 353
Epilessia : diagnosi . . . . » 338
Eruzioni infantili più comuni . . . . » 346
Febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta . . . . » 339
Herpes zoster : uso della paraffina contro il dolore . . . . » 347
Intertrigini : le — . . . . » 346
Intestino mesenteriale : topografia (fattori organo-genetici) . . . . » 344
Ipofaringe dell'uomo : morfologia . . . » 345
Malaria : produzione sperimentale per mezzo dei gameti (semilune) . . . . » 343
Malarici congedati : assegni ai medici . *Pag.* 353
Medico condotto : licenziamento per fine di periodo di prova . . . . » 361
«Medico di famiglia» : il — . . . . . . » 350
Operandi ed operati; a proposito di cura pre- e post-operativa . . . . . . » 335
Optochina : dosaggio . . . . » 349
Ossiurasi : trattamento col salvarsan . . » 334
CARONIA G. : profilo . . . . » 355
Prurito vulvare : prescrizione . . . . . » 348
Psoriasi : cura . . . . » 347
Puntura lombare : profilassi e trattamento degli inconvenienti della — . . . . » 340
Servizio sanitario sulle Ferrovie dello Stato : riforma . . . . » 352
Temperatura ascellare e inguinale : differenze . . . . » 348
Tumore del cellulare pelvico a forma rara . . . . » 339
Vitamine : natura . . . . » 348

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 19 Marzo 1923 Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: U. Arcangeli: Sulle febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta.

Osservazioni cliniche: M. Segrè: Ancora su la patogenesi dell'idrocele essenziale.

Note e contributi: G. Gaeta: Un nuovo sintomo nella calcolosi vescicale.

Sunti e rassegne: SISTEMA DIGERENTE: Palazzi: Sulla stomatite da bismuto. — Cade e Morenas: Ulcera gastrica di origine sifilitica. — M. Borchardt: La stenosi congenita del piloro. — Perrin e Dunet: L'appendicite tubercolare latente. — S. Wilson: Su di alcuni disturbi funzionali della muscolatura del colon. — I. Boas: Speciali quadri sintomatici della dispepsia.

Notizia bibliografica.

Prolusioni: La prolusione del prof. Caronia.

Accademie, Società mediche, Congressi: R. Accademia di medicina di Torino.

Appunti di medicina pratica: NEUROLOGIA: Simpatalgie della periferia degli arti. — Il neurofibroma cervicale. — I disturbi mentali nell'encefalite epidemica. — Trattamento di alcune sequele della encefalite epidemica. — La canapa indiana. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Politica sanitaria e Giurisprudenza: La educazione fisica delle nuove generazioni. — Dichiarazioni ministeriali per l'assicurazione contro le malattie. — Una proposta modesta ma opportuna. — Questioni pratiche.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA.

Sulle febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta.

Dott. prof. UBERTO ARCANGELI

(*Continuaz. e fine, vedi fasc. 11*).

Il 3° gruppo delle febbri tubercolari è costituito da un febbricitare moderato con larghe oscillazioni, tra il 37°.4-37°.5 il mattino, 38°-38°.5, raramente 39° la sera, della durata da 10 a 20 giorni o più, senza sintomi concomitanti; queste febbri sono in genere battezzate come «febbri gastriche», o dai pazienti come «gastrica», o per febbri intestinali od anche tout court febbri infettive. Di gastrico ed intestinale non hanno che il nome, mancando in genere qualsiasi sintomo a carico dello stomaco e dell'intestino. Anzi ciò che caratterizza queste febbri è appunto la mancanza di sintomi concomitanti. Manca per solito il mal di testa, o se c'è, è moderato e soltanto durante le esacerbazioni febbrili: mancano i sudori o sono moderati, nella stagione assai calda possono esserci, come anche in chi non ha febbre: il polso in genere è più frequente di quello che comporterebbe la febbre (questa regola ha non rare eccezioni) e non è dicroto: la lingua è netta, l'appetito conservato, più raramente diminuito, il ventre chiuso, effetto della scarsa alimentazione, alla quale sono costretti i malati. Manca la epistassi, frequente all'inizio del tifo addominale: non vi sono roseole, nè tumore di milza: manca l'albuminuria e se c'è, è ortotica (o come si dice impropriamente ortostatica): manca la tosse, il raschio, mancano dolori nel petto e nel ventre. La febbre dura un paio di settimane ora più ora meno e può cessare per lisi senza lasciar scorgere alcuna evidente localizzazione del bacillo di Koch. Più raramente dopo un'apiressia di 7-8 giorni, ora più ora meno, può aversi una ripresa della febbre ed in questa mostrarsi la localizzazione tubercolare, in genere una pleurite, una peritonite, una polisierosite, od anche, disgraziatamente, una meningite tubercolare.

Questo decorso in due tappe è proprio delle forme più gravi che saranno riunite nel gruppo 4°, quello a cui meglio si conviene il titolo di «tifo bacillosi» datogli da Landouzy.

Nelle febbri di questo gruppo che si potrebbe dire delle così dette «febbri gastriche» mancano i sintomi tifosi.

I malati sono in genere fanciulli o ragazzi, più spesso maschi vicini alla pubertà (dai 12 ai 15 anni): hanno un aspetto particolare che può già guidarci alla diagnosi: pallidi, magri, nervosi, talvolta con un colorito della pelle bruno-gialliccio, che contrasta col colorito acceso del volto dei tifosi nella 1ª settimana; il sudore tramanda un odore sui generis agliaceo differente dall'odore nauseoso di nidiata di topi che tramanda il tifoso. Come ho già detto, ciò che caratterizza queste febbri è la mancanza di disturbi soggettivi. I malati quasi non si accorgono di star male e spesso reclamano vivamente un vitto più abbondante: perchè (è forse inutile dirlo) quasi senza eccezione sono condannati alla dieta più rigorosa. Ora mi è occorso qualche volta di osservare che messi ad una dieta abbondante, la febbre per qualche giorno aumenti, il che vale a confermare il medico ed i parenti nell'errore che la febbre sia « intestinale ». Insistendo nella buona alimentazione la febbre si abbassa e talora cessa del tutto dopo pochi giorni. Può accadere che coincidendo la ripresa dell'alimentazione ordinaria con il ritorno della febbre, che segna l'insorgere della evidente localizzazione bacillare (pleurite, peritonite) si attribuisca all'alimentazione il riaccendersi della febbre.

Non di rado la stitichezza, effetto della scarsa alimentazione è considerata come cagione del febbricitare e curata con clisteri ripetuti, pei quali si produce un catarro del grosso intestino con emissione di muco, il che induce il medico poco accorto a far diagnosi di colite o di enterocolite e purtroppo ad insistere nel dannoso indirizzo curativo.

All'esame obbiettivo non mancano mai i segni dell'infezione tubercolare: glandole ingrossate al collo e più spesso alle ascelle (da un solo lato o d'ambedue) e talora notevolmente fino a raggiungere il volume di un uovo di piccione. Con una delicata percussione negli spazi scapolo-vertebrali si può quasi sempre rilevare un'ipofonesi da un lato: mancano per solito rantoli, solo nei casi più gravi (che rientrano meglio nel 4° gruppo) è possibile sorprendere qualche rantolino finissimo, somigliante ai rantoli dell'edema, in corrispondenza dell'ilo polmonare o nella zona di allarme di Sergent.

Di rado è possibile constatare il fenomeno di D'Espine, od il soffio di Smith, e la riduzione di sonorità alla percussione delle prime 4 vertebre dorsali: quasi mai ho trovato ingrossato il ganglio toracico laterale.

All'esame radiologico si trova generalmente un notevole ingrossamento delle ombre ilari; talora è possibile distinguere le glandole ingrossate molto opache e formanti un grappolo: non è raro osservare una zona d'infiltrazione perilare.

La lesione anatomo-patologica consiste in una tubercolosi con necrosi caseosa delle glandole dell'ilo polmonare o mediastiniche.

La diffusione del bacillo avviene per vie linfatiche: la setticemia bacillare non deve essere nè frequente nè intensa: ma può esserci, come è dimostrato dalle possibili sequelae.

Un quadro morboso simile può essere dato dalla caseosi di glandole linfatiche accessibili alla mano del chirurgo: nel qual caso la exeresi delle glandole può far scomparire la febbre.

A questo gruppo di febbri tubercolari si deve ascrivere a mio avviso quella che precede ed accompagna l'eritema nodoso. Sebbene in un mio malato sia fallita la ricerca del bacillo di Koch nella pelle escissa o l'inoculazione nella cavia non abbia avuto effetto, non posso dubitare della natura tubercolare dell'eritema nodoso (o come si dice pure contusiforme) perchè costantemente ho potuto osservare in detti malati la presenza di evidenti adenopatie, perchè ho veduto sempre in essi una cutireazione particolarmente intensa alla tubercolina (si forma una grossa papula che si ulcera), e quasi sempre li ho veduti più tardi presentare altre e non dubbie localizzazioni dell'infezione tubercolare.

Come ho già detto, la febbre il più delle volte cessa dopo un paio di settimane o tre senza lasciare segni grossolani dell'infezione, ma non di rado recidiva, talora a distanza di anni, anche più d'una volta prima che siano evidenti le localizzazioni del bacillo di Koch. Prendendo con cura l'anamnesi di malati di pleurite o peritonite tubercolari o di tubercolosi polmonare od ossea è frequentissimo sentire che essi hanno sofferto a più riprese di queste febbri gastriche, intestinali, o di tifi lievi.

Da quanto ho detto risulta che la diagnosi di queste febbri non è difficile. L'assenza di sintomi tifosi, di tumore di milza, di epistassi, di cefalea, di diarrea, di roseole, di bradicardia relativa; la lingua netta, la persistenza dell'appetito, la mancanza di sofferenza subbiettive, l'odore speciale del sudore, l'aspetto del malato, per non dire delle adenopatie facilmente dimostrabili, valgono il più delle volte a mettere il medico sulla buona strada. L'esame attento del torace e per ultimo l'esame radiologico e la cutireazione confermeranno la diagnosi.

La malattia che più facilmente può confondersi con queste febbri tubercolari è l'ileotifo mite, a forma ambulatoria; ma in queste non mancano nè il tumore di milza, nè le roseole, per non dire del risultato positivo dell'emocoltura e della prova dell'agglutinazione.

Nei casi dubbi queste prove non vanno trascurate, perchè, come è ovvio pensare, un malato con adenopatie ed infiltrazioni perilare può anche avere un ileotifo.

La prognosi delle febbri di questo gruppo non è del tutto cattiva: il più delle volte guariscono: basta dar da mangiare ai malati. Di cattivo augurio è l'anoressia persistente ed il dimagrimento rapido: nei bambini e nei ragazzi c'è da temere per la meningite. I malati che hanno buon appetito e sono ben nutriti guariscono il più delle volte.

In quanto alle cure poco posso aggiungere a quanto ho detto per le forme precedenti: nei bambini con adenopatie evidenti sono utili i preparati iodii specialmente lo sciroppo iodotannico, le iniezioni di iodo e di arsenico, i preparati di calce, e sopra tutto l'aria pura, l'elioterapia, il riposo *e la buona alimentazione.*

***

Il 4° gruppo è quello al quale più propriamente si addice il nome di «tifo bacillosi» di Landouzy. Sono febbri più gravi, più persistenti di quelle del gruppo precedente ed i sintomi tifosi in esse non mancano del tutto, come in quelle. Tra i due gruppi non c'è una divisione netta, ma al contrario una serie di casi intermedi. La temperatura raggiunge facilmente la sera 39.8° e 40° il mattino scende generalmente intorno ai 38 o poco più; talora vi può essere al mattino completa apiressia: la durata è in genere assai grande: 40-45 giorni ed anche più.

Come hanno fatto notare Landouzy ed altri autori francesi, la malattia può svolgersi in due tappe: prima un periodo di febbre per 30-40 giorni, poi una breve apiressia (7-8 giorni), quindi una ripresa della febbre ed in questa una localizzazione evidente della infezione tubercolare, per solito in una sierosa, il più delle volte nella pleura. Altre volte può la febbre protrarsi per settimane e per mesi e può l'ammalato aggravarsi progressivamente e spegnersi in marasmo, senza che compaia tosse od altro sintomo di localizzazione tubercolare.

I sintomi così detti tifosi mancano spesso o sono poco accentuati, ma qualcuno può non far difetto, come la prostrazione, la secchezza della lingua, una moderata cefalea, e nell'acme della febbre un leggiero ottundimento del sensorio: mai ho visto un vero delirio come nella febbre tifoide.

La milza spesso non è ingrandita (se vogliamo dire ingrandite soltanto le milze che sono accessibili alla palpazione), raramente ho constatato un lieve tumore di milza: anzi è per me questo un sintomo differenziale importantissimo perchè nell'ileotifo quasi mai manca un tumore di milza facilmente constatabile.

Mancano le roseole, ma qua e là sono stati segnalati dei noduli di acme capaci di simulare la roseola tifosa: il polso può essere (ma non sempre è) eccessivamente frequente rispetto alla temperatura, mancano i disturbi a carico dell'intestino: per solito v'è stipsi, in casi rari e speciali è stata notata diarrea, ma le materie non hanno il caratteristico aspetto delle deiezioni tifose.

Questi malati si assomigliano più ad alcuni malati di febbre di Malta e di paratifo. Si distinguono dai tifosi per le maggiori remissioni della febbre il mattino, le quali non si osservano in genere nelle prime settimane di un tifo, per l'incostante ed assai modico tumore di milza, per la mancanza di roseole e di delirio, pei sudori, per la lingua non impaniata, per l'assenza della diarrea, per il colorito palido, terreo della cute.

Dalla setticemia di Bruce si distinguono egualmente per la mancanza del tumore di milza, delle artralgie e delle nevralgie; dai malati di paratifo per la mancanza di disturbi intestinali. Come sintomi obbiettivi quasi mai mancano le glandole ingrossate al collo ed alle ascelle, ipofonesi in corrispondenza di un ilo polmonare, rantolini fugaci e variabili di sede, ma prevalenti nei lobi superiori del polmone, pur mancando generalmente la tosse e l'espettorato.

Nel sangue si osserva linfocitosi, e poco prima che s'inizi la localizzazione bacillare in una grande sierosa, può osservarsi iperleucocitosi polinucleare.

Queste febbri possono cessare dopo un tempo variabile, talora anche lungo, senza che compaiano localizzazioni facilmente constatabili del bacillo di Koch.

In genere la defervescenza avviene per lisi, ma ho visto in un caso la febbre cessare per crisi e da 39,6, scendere in poche ore a 36,6 e non rimontare più, e l'ammalato entrare rapidamente in convalescenza dopo una febbre continua di 45 giorni. Verso la fine della febbre si può constatare nel sangue eosinofilia.

Ho veduto in un giovane la febbre durare 4 mesi e mezzo prima che si palesasse una

pleurite sierofibrinosa prima da un lato e poi dall'altro: in un altro malato la febbre durò tre mesi e mezzo e poi si sviluppò una peritonite ed una pleurite a sinistra con essudato sierofibrinoso.

In una bambina passarono 75 giorni prima che si accennasse ad un versamento pleurico a destra. Se la febbre è assai alta ed i sintomi tifosi bene accentuati può la localizzazione farsi più presto: così in un caso vidi comparire una polisierosite grave dopo soli 20 giorni di febbre, in un altro una peritonite sierofibrinosa circa un mese dall'inizio della febbre.

Qualche sintomo speciale può fare sospettare dove si farà la localizzazione del bacillo di Koch: dolori addominali, meteorismo e diarrea mi hanno permesso di predire una peritonite tubercolare, qualche dolore diaframmatico (ed al frenico), la pleurite: il cambiamento di carattere, il dimagrimento, l'anoressia persistente possono far temere la meningite.

In questi malati, come risulta dall'esame radiologico, e dalle autopsie non manca mai un focolaio tubercolare, ma può questo essere assai piccolo. Ciò che dà l'impronta alla malattia è la setticemia tubercolare. Questa è stata dimostrata dalle ricerche di parecchi autori francesi quali Jousset, Grandchamp, Gougerot: il bacillo nel sangue può dimostrarsi con il resultato positivo dell'inoculazione nella cavia del sangue o del centrifugato delle urine, perchè se v'è bacillemia v'è spesso anche bacilluria, anche senza lesioni tubercolari dei reni: poco attendibili sono i risultati della ricerca diretta dei bacilli nel sangue coi metodi ordinari di colorazione, perchè vi sono molte cause di errore.

Perchè in questi casi, benchè ci sia bacillemia, non si abbia una vera tubercolosi miliarica, ma soltanto dei noduli d'infiltrazione tipo Jersin, non è ben chiarito: nei morti per tifobacillosi si sono trovati oltre il focolaio primitivo nel polmone e nelle glandole, rarissimi tubercoli miliarici, incapaci di spiegare la morte. È assai probabile che se i bacilli di Koch entrano in circolo contenuti in piccoli emboli di sostanza caseosa si abbia la formazione di tipici tubercoli miliarici, se entrano in circolo isolati, diano luogo alla formazione di semplici noduli infiammatori, tipo Jersin.

Checchè sia di ciò, resta il fatto che tra i casi di tifobacillosi che terminano con la guarigione e quelli di tubercolosi miliarica che si terminano con la morte, non è che questione di grado di virulenza dell'infezione, della sua localizzazione, e dei poteri difensivi dell'organismo.

In una mia malata nella quale ad una tifobacillosi seguì una polisierosite, all'apertura della cavità peritoneale, eseguita qualche tempo dopo, si trovò il peritoneo gremito di miriadi di tubercoli miliarici e submiliarici: in un'altra malata che dopo una febbre o tipo di tifobacillosi presentò pleurite doppia e pericardite, all'apertura di una cavità pleurica (a scopo terapeutico) non si videro tubercoli miliarici sulla pleura.

È assai probabile che tubercolosi miliariche non solo della pleura e del peritoneo, ma anche dei polmoni, se non troppo estese, possano guarire e non è impossibile che guariscano anche meningiti tubercolari.

I malati che sopravvivono ad attacchi di polisierositi tubercolari sono più o meno immunizzati contro il bacillo di Koch; questi malati possono guarire anche di localizzazioni tubercolari meningee. Così quel malato sopra ricordato nel quale 4 mesi e mezzo di febbre a tipo di «tifobacillosi» si sviluppò una pleurite doppia sierofibrinosa, presentò sintomi non dubbi di meningite tubercolare, e malgrado questo, guarì: lo stesso avvenne, nell'altro malato da me ricordato nel quale dopo 3 mesi e mezzo di febbre comparve una peritonite ed una pleurite sierofibrinosa: io fui chiamato a vederlo quando si erano presentati sintomi di meningite (cefalea, rallentamento del polso, strabismo, paresi di un n. faciale): io pensando che tali malati sono più o meno immunizzati contro il bacillo di Koch, mi permisi di fare una prognosi non del tutto infausta, ed infatti il malato guarì: casi consimili nei quali sono stati notati sintomi di meningite tubercolare, seguiti da guarigione sono ricordati nella recente letteratura francese sull'argomento. Nei miei casi manca la prova che avrebbe potuto fornire l'esame del liquor ottenuto con la puntura lombare: ma io non volli farla per non turbare l'andamento spontaneo della malattia.

Del resto che la meningite tubercolare possa in qualche caso guarire è ora un fatto ben assodato (1).

***

Resterebbe a parlare della diagnosi di questa forma di febbri tubercolari, della prognosi e della cura.

Ho già ricordato i caratteri che distinguono queste febbri dal vero tifo addominale, dai paratifi, dalle febbri di Malta; questi caratteri differenziali ci metteranno sulla via della giu-

---

(1) A. CRAMER e G. BICKEL. *La meningite tuberculeuse est elle curable?* Annales de Médecine, n. 3, septembre 1922.

sta diagnosi; questa dovrà essere fatta per esclusione e direttamente; l'emocoltura e le prove di agglutinazione potranno escludere le predette infezioni, l'esame fisico attento e completo del malato che permetterà di constatare l'esistenza di qualche focolaio tubercolare, in specie l'esame radiologico del torace (radiografia sopra tutto), le prove biologiche ed in un modo assoluto l'infezione della cavia col sangue o con le urine, permetteranno di affermare la natura tubercolare della malattia.

In quanto al prognostico dirò che è sempre assai serio, senza confronto più serio di quello di un'infezione da bacillo di Eberth o da micrococco melitense: tuttavia casi anche gravi di tifobacillosi possono andare a guarigione. Una bambina che ad 11 anni sofferse una tifobacillosi, con febbre per 45 giorni e presentò un lieve attacco di pleurite a 18 anni, ora ne ha 24, ha messo al mondo due figli e sta bene; un'altra che a 12 anni ebbe una tifobacillosi seguita nella ripresa dalla febbre da una pleurite sierofibrinosa destra, con abbondante essudato ha ora 27 anni, ha messo al mondo ed allatta un bel bambino e sta bene: una terza che a 15 anni ebbe una grave tifobacillosi con febbre durata 60 giorni circa, ha ora 22 anni; ha preso marito e sta bene. Naturalmente c'è sempre il pericolo di nuove localizzazioni dell'infezione: perchè l'immunizzazione non è nè definitiva nè assoluta.

In genere risulta dalla mia esperienza che si può fare una prognosi buona nei malati che mangiano molto e digeriscono bene.

In quanto alla cura la prima indicazione è alimentare bene i malati, meglio che sia possibile: se la febbre è alta si può usare qualche antitermico, ad es. la maretina: io ho usato con vantaggio qualche volta i bagni generali freschi.

Come rimedio specifico teoricamente sono indicati i sieri antitubercolari, ma io non li ho mai usati, e più che i sieri da animali possono forse essere utili le iniezioni di essudati sierosi tubercolari, tolti da malati in via di guarigione.

Come scrissi molti anni fa (1), questi essudati possono avere proprietà curative ed immunizzanti, il che è dimostrato anche da esperimento in animali inoculati col bacillo di Koch. Ed il dottor Davide Miotto (2) partendo dallo stesso concetto ha sperimentato e trovato efficacissime in malati di tubercolosi polmonare, ossea o glandolare, le iniezioni di essudato sieroso tolto ad un malato di peritonite tubercolare cronica.

Non ho avuta opportunità di sperimentare questa « eterosieroterapia » in malati di tifobacillosi, ma in alcuni di questi, nei quali alla tifobacillosi aveva fatto seguito una pleurite sierofibrinosa, ho usata e con successo l'autosieroterapia alla Gilbert.

Malgrado le diffidenze che può far nascere un tal metodo di cura, io credo legittimo usarlo con le dovute cautele in malati così gravi come quelli di tifobacillosi e con più ragione in malati di tubercolosi miliarica e di meningite tubercolare: il che farò appena me se ne offrirà l'occasione.

***

Resta a parlare dell'ultimo gruppo (il 5°) di febbri tubercolari, di quelle cioè che terminano con la forma tipica di tubercolosi miliarica, (la granulia di Empis).

Queste cominciano con uno dei tipi febbrili sopra ricordati, ma ad un certo punto della loro evoluzione presentano sintomi speciali.

La febbre è per lo più intermittente con forti esacerbazioni serali: presenta in altre parole il tipo pseudomalarico o piemico; la milza ed il fegato sono notevolmente ingrossati; anzi questo viscere può essere talmente ingrossato, dolente e molle da far sospettare un ascesso.

Nei luoghi di malaria l'ingrossamento degli organi ipocondriaci e la febbre intermittente fanno pensare alla malaria; ma il tipo quotidiano nella malaria grave, è, tutto sommato, assai raro; e l'esame del sangue toglierà subito il dubbio. Anche in tali malati troveremo i sintomi dell'avvenuta infezione tubercolare (adenopatie, in specie le ascellari), esiti di pleuriti, di tubercolosi ossea od articolare ecc. I sintomi polmonari al contrario possono, per qualche tempo, essere assai scarsi, e ridursi ad un respiro granuloso o leggermente aspro nell'apice o a qualche sibilo sparso.

Ma l'abbattimento del malato è notevole; esso è prostrato, ansioso; non tarda a comparire la cianosi al prolabio, alla lingua, poi ai pomelli ed alle dita delle mani e dei piedi; allora la diagnosi di tubercolosi miliarica del polmone è sicura.

Va ricordato che malati vecchi o consunti per altra affezione cronica, ad esempio per diabete, possono presentare febbre minima, e perfino non aver febbre; in questi casi la diagnosi si può sospettare per la grave prostrazione, per la cianosi, per il tumore di milza

(1) U. ARCANGELI. *Perchè la laparotomia guarisce la peritonite tubercolare?* Policlinico, vol. VI, M., 1899.

(2) D. MIOTTO. *Un metodo di cura della tubercolosi.* Rivista Ospedaliera, vol. I, n. 22, novembre 1911.

e di fegato, senza contare i dati anamnestici o traccie di altre localizzazioni tubercolari.

La diagnosi può essere accertata con la radiografia del torace che può far vedere i noduli dovuti ai tubercoli miliarici confluenti; in questi casi la semplice radioscopia non basta.

Nei casi di tubercolosi miliarica anche meglio che in casi di semplice tifobacillosi le inoculazioni di sangue o di urine nella cavia possono dare resultato positivo. Disgraziatamente il risultato giunge in genere troppo tarid, spesso quando il malato è già morto.

È superfluo dire che la prognosi di questa forma è assolutamente infausta; in quanto alla cura mi riferisco a quanto ho detto per la tifobacillosi.

***

Queste sono, in brevi tratti, le forme delle febbri per tubercolosi occulta.

Riassumendo: le febbri tubercolari sono straordinariamente frequenti; la febbricola in specie; quasi tutte le febbricole sono tubercolari; spesso sono tubercolari le febbri accessionali, episodiche dei bambini e dei ragazzi; tutte o quasi tutte le febbri cosidette gastriche od intestinali, che non sono tifi, paratifi o febbri di Malta sono febbri tubercolari. Perciò dobbiamo accettare con molta cauzione la opinione espressa da molti che l'infezione tubercolare così frequente nei bambini o nei ragazzi (più della metà dei ragazzi dopo i 10 anni reagiscono alla tubercolina) sia spesso asintomatica: i sintomi il più delle volte non mancano, ma passano inosservati o sono malamente interpretati.

Le espressioni «febbre gastrica, infezione intestinale, febbre infettiva, febbre da autointossicazione, febbre autotossica», disgraziatamente così spesso usate, sono prive di senso e vanno abolite; egualmente va abbandonata la pratica bestiale di purgare ogni malato che abbia febbre e tenerlo a digiuno in omaggio alla chimerica infezione intestinale. Ogni qualvolta il medico si trovi innanzi ad una febbre della quale non sia palese la cagione e che non abbia nettamente i caratteri d'infezioni note quali il tifo, la malaria, la febbre mediterranea, l'influenza ecc. pensi alle febbri tubercolari.

La diagnosi di queste deve essere fatta per via diretta e per esclusione. Direttamente con l'anamnesi esatta sia personale, sia famigliare (studio dei precedenti morbosi, dell'ambiente, notizie di probabile contagio ecc.) con l'esame obbiettivo: costituzione, nutrizione, aspetto, presenza di glandole, le ascellari in specie: queste sono frequentissime nei bambini, più rare negli adulti: maggiore importanza hanno se il loro volume è notevole (della grossezza di una nocciola o più): il trovare le glandole ingrossate ad un'ascella, e trovare dallo stesso lato qualche lieve alterazione alla percussione ed all'ascoltazione nella zona ilare e dell'apice del polmone, dà a queste alterazioni anche minime e di difficile apprezzamento, un valore diagnostico assai notevole.

Le modificazioni anche minime della sonorità polmonare e del murmure respiratorio, qualche colpo di tosse o il raschio, l'esame ripetuto dell'espettorato, coi metodi di arricchimento, l'inoculazione nelle cavie, per ultimo, ma non meno importante, l'esame radiologico, in specie la radiografia del torace ci forniscono elementi importantissimi per la diagnosi. La radioscopia può riuscire insufficiente; disgraziatamente l'esame radiologico non ci dice sempre se il processo che eventualmente si constata sia in evoluzione o no, a meno di ripetere le radiografie nel corso della malattia, ma il più delle volte ci rende conto esatto delle lesioni e della natura di esse.

Le prove biologiche possono riuscire assai utili, la cutireazione ad es. se è positiva ha maggior valore nei bambini, meno negli adulti nei quali è il più delle volte positiva; se è negativa ha maggior valore a meno che il paziente sia gravemente malato: perchè, si sa, nei malati gravi di tubercolosi può essere negativa. L'agglutinazione nelle colture omogenee alla Courmont, la deviazione del complemento sono ricerche da laboratorio che hanno scarso valore pratico. La ricerca diretta del bacillo di Koch nel sangue, come ho detto, va soggetta a troppe cause di errori: è preferibile l'inoculazione del sangue e delle urine nella cavia: purtroppo il responso di questa ricerca giunge spesso troppo tardi.

È superfluo aggiungere che l'esame del malato deve essere completo: non trascurare l'esame ginecologico, perchè la tubercolosi può annidarsi negli annessi uterini, e l'esame attento dei reni, con la ricerca del bacillo nelle urine.

Anche trovando sintomi sufficienti d'infezione tubercolare non possiamo esimerci il più delle volte da un'attenta disamina delle possibili diagnosi differenziali: un tubercoloso con scarse lesioni o lesioni spente può febbricitare per altra cagione. Perciò sarà necessario esaminare bene il sangue per escludere un'infezione da malaria, fare la Wassermann per ricercare la sifilide (spesso e volentieri le due infezioni coesistono): fare l'emocoltura per il b. del tifo, paratifi e per il micrococco di

Bruce, ed a malattia avanzata, le prove di agglutinazione per questi germi. È preferibile fare a tempo le prove colturali: la loro risposta è decisiva; se riescono. Le prove di agglutinazioni possono essere sorgenti di errori. Se l'agglutinazione per il b. del tifo è positiva, può dipendere in quache caso da un tifo progresso, o da vaccinazione progressa: il potere agglutinante in genere cessa nei primi sei mesi, ma in casi eccezionali può persistere per più lungo tempo: in casi di tubercolosi miliarica ho visto riuscire positiva l'agglutinazione per il b. del tifo 1:30 (come un tempo si usava); è bene dunque usare diluizioni più forti, e ripetere la prova nel corso della malattia: se si vede crescere il potere agglutinante il valore della prova cresce. Se le prove riescono negative, resta sempre il dubbio che diventino positive più tardi, perchè, come si sa, talora l'agglutinazione sp. per il b. del tifo avviene solo a malattia avanzata e persino soltanto all'inizio della convalescenza. Anche più prudenti bisogna essere nel concludere da una prova di agglutinazione positiva per il micrococco di Bruce; da tempo si sa che alcuni stipiti di detto micrococco sono facilmente agglutinati dal siero di persone sane, ed anche meglio dal siero di tubercolosi: lo ricordò già Bozzolo nella sua relazione, ed è stato ripetuto anche recentemente.

Bisogna perciò disporre di un germe che non si agglutini se non per sieri specifici, ed usare in ogni caso diluizioni forti (non meno di 1:70), ripetere la prova nel corso della malattia: se il potere agglutinante del siero cresce, la prova ha maggior valore probativo.

Ho veduto non poche febbri tubercolari considerate a torto come febbri di Malta per l'erroneo apprezzamento della prova di Gruber-Widal.

Non va trascurato naturalmente l'esame morfologico del sangue e la conta dei globuli bianchi. Una forte leucocitosi a meno che si tratti di tubercolosi miliarica o sia in corso l'infiammazione di una grande sierosa, parla contro l'ipotesi di una tifobacillosi.

La diagnosi per esclusione sarà spesso difficile.

Oltre le malattie ricordate ve ne sono altre, delle quali va distinta la tifobacillosi, e ciò non sempre è facile.

Ricorderò le suppurazioni nascoste, le infezioni delle vie urinarie e dei dotti epatici, gli ascessi perirenali, ma sopra tutto gli ascessi epatici amebici, e più che questi, le epatiti acute amebiche non suppurate: in queste si possono anche osservare sintomi di congestioni localizzate nel polmone, talora anche all'apice, fugaci, quali si osservano non di rado nella tifobacillosi: capaci perciò di trarci in errore (Paisseau, Castaigne e Francon, H. Eschbach); ho visto errori in un senso e nell'altro: parlerà, per l'epatite amebica la storia di una dissenteria contratta magari parecchi anni prima, anche 10 anni, come in un malato avuto da me in cura quest'anno, il dolore localizzato alla regione epatica, e la leucocitosi; ma anche questi sintomi possono ingannarci.

Così avvenne in un malato avuto in cura recentemente: presentava febbre intermittente, senza brividi, con forti elevazioni vespertine: fegato ingrossato, dolente alla percussione ed alla palpazione negli ultimi spazi intercostali; e questa dolorabilità si comportava nel modo da me descritto come patognomonico per gli ascessi del lobo destro del fegato, prima che si formino aderenze che immobilizzano il fegato ed obliterino il seno costo-diaframmatico; vale a dire la percussione e la palpazione negli ultimi spazi intercostali nella parete laterale destra del torace provocavano dolore se il paziente era seduto o giaceva sul fianco destro, non lo provocavano, o assai minore, se giaceva sul fianco sinistro o se manteneva il torace in una profonda inspirazione. Malgrado questo sintomo, e malgrado una forte leucocitosi, il malato non aveva un ascesso epatico, ma una tifobacillosi. Infatti pochi giorni dopo comparve un abbondante essudato sieroso nella cavità pleurica destra, con tutti i caratteri degli essudati sierosi tubercolari: il modo speciale di comportarsi del dolore si doveva forse al fatto che la localizzazione tubercolare si era prodotta sul diaframma in vicinanza del seno costo-diaframmatico. Il malato guarì: mancava nella storia la dissenteria, v'era il ganglio ingrossato all'ascella destra, due fatti che fecero sospettare fin da principio la tifobacillosi.

Meno difficile è la diagnosi differenziale con l'endocardite lenta (da *streptococcus viridans*), ancora meno con l'endocardite settica, con infezioni puerperali ecc. ecc.

Concludendo la diagnosi il più delle volte potrà essere fatta o per lo meno sospettata come assai probabile. Restano allora due compiti importanti: il prognostico e la cura; ma di quello e di questa ho già detto abbastanza nel trattare dei singoli gruppi di febbri tubercolari. Ripeterò soltanto con Landouzy che la prima necessità della cura è nutrire sufficientemente i malati. Ciò si può fare anche nei casi di diagnosi dubbia a cuor leggiero, perchè l'esperienza clinica insegna che anche nel tifo addominale i malati ben nutriti sono quelli

che guariscono più presto, meglio e con minori complicazioni.

Più volte ho veduto migliorare, sfebbrare e guarire in pochi giorni di buona alimentazione malati di tifobacillosi tenuti fino allora a digiuno.

A Graves fu eretto un busto con l'epigrafe: «Nutrì i febbricitanti », come massimo titolo di lode per un uomo che ne aveva parecchi altri.

Io non pretendo nè busto, nè epitaffio: sono pago della gratitudine di molti malati che ho sottratto al tormento della fame, e che ho aiutato a guarire dando loro bene da mangiare.

E se con questo mio scritto persuadessi qualche collega a pensare più spesso di quello che generalmente si fa alla natura tubercolare di tante febbri oscure, e a non tenere a dieta rigorosa per il solo fatto della febbre, i poveri malati, ed invece a dar loro bene da mangiare, mi riterrei ricompensato ad usura della mia fatica.

Roma, 30 novembre 1922.

NOTA. — Avevo già corrette le bozze di stampa di quest'articolo quando sono venuto a conoscenza di uno scritto del dott. prof. Umberto Baccarani dal titolo: *La febbricola tubercolare da pleurite latente.* «Riforma Medica», 29 gennaio 1923.

In esso l'A. scrive che la diagnosi di febbre criptotubercolare dell'Arcangeli è una diagnosi incompleta, che è pericoloso farla senza un serio controllo di esami oggettivi e di laboratorio, che ha veduto spesso tali diagnosi errate, ecc., ecc.

È forse superfluo dire che io sono pienamente d'accordo con lui: questo resulta evidente da tutto il mio scritto. La denominazione «febbri da tubercolosi occulta o cripto-tubercolari» fu proposta da me molti anni fa per comodo di esposizione didattica. Nei singoli casi bisogna non solo dimostrare che esiste l'infezione tubercolare e che essa è l'unica cagione della febbre, ma anche indagare la localizzazione e le lesioni da essa prodotte: con ciò la malattia cessa di essere una febbre cripto-tubercolare, ma diviene una febbre tubercolare da.... adenopatie ilari, da infiltrazione apicale, da pleurite latente, da tubercolosi renale, ecc., ecc.

In quanto alla possibilità di errori diagnostici è il caso di ripetere: *errare humanum est,* e di errori da parte dei medici ce ne saranno sempre. Ma io credo di aver avuto qualche merito nel richiamare l'attenzione dei medici sulla frequenza di queste febbri tubercolari 11 anni fa, quando quasi tutte passavano come «febbri intestinali», e come tali erano curate; errore pur troppo assai frequente anche adesso, ed assai più dannoso ai malati che qualche diagnosi errata di «febbre tubercolare». Anch'io ho osservato alcuni casi di febbricola da pleurite latente; come sopra ho ricordato è tutt'altro che raro che ad una tifobacillosi o ad una febbricola segua una pleurite con abbondante o modico essudato; qualche volta questo può essere così scarso che a dimostrarlo (senza la puntura esplorativa), sono necessari speciali accorgimenti di semeiotica, ed io mi sono sempre giovato di quelli che feci conoscere 33 anni fa (U. ARCANGELI. *Sulla diagnosi dei piccoli versamenti pleurici.* Boll. Società Lanc. fasc. III, 1890).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ancora su la patogenesi dell'idrocele essenziale.

Contributo clinico.

Dott. MARIO SEGRÈ
libero docente in clinica chirurgica e medicina operatoria nella R. Università di Modena.

In una mia nota pubblicata già fin dal 1914 (1) avanzavo l'ipotesi della natura specifica dell'idrocele essenziale, su la scorta di 11 casi, nei quali tutti avevo compiuto l'esame completo del liquido, avevo proceduto all'esame microscopico della parete ed avevo infine introdotto nel peritoneo della cavia un pezzetto di parete sterilmente conservato, sottoponendo poi ad esame macro- e microscopico i reperti ottenuti nell'animale. Mi ero altresì fin da allora riservato di continuare gli esperimenti, ed infatti ho potuto raccogliere altre osservazioni nelle quali ho usato l'identico procedimento: l'avvenuto mio richiamo alle armi mi ha impedito però di raccogliere prima d'ora i risultati delle ricerche ulteriormente intraprese, comunque ritengo di avere accumulato un materiale sufficiente per corroborare il mio asserto, e potere pertanto dar corso ad un mio prossimo lavoro completo.

Siccome però durante il servizio militare mi sono occorsi alcuni casi di idrocele essenziale, e non mi è stato possibile, per ovvie ragioni, istituire ricerche analoghe alle precedenti, così ho pensato, in relazione sempre all'ipotesi da me formulata, di sottoporre gli infermi ad una cura generale ricostituente a base di iniezioni iodo-iodurate, e di trattare la lesione locale testicolare come una comune localizzazione tubercolare. Se gli effetti fossero stati buoni avrei potuto ottenere in certa guisa una conferma al mio modo di vedere, e si sarebbe così potuto far rientrare questa affezione nella grande famiglia delle lesioni specifiche, sia pure come manifestazione della tubercolosi infiammatoria, nella quale, secondo Poucet (2), le lesioni sono l'indice di un'infezione bacillare

attenuata, in cui il processo infettivo non giunge a determinare lesioni follicolari.

I risultati sono stati oltremodo soddisfacenti: di qui la ragione di questa mia nota, con la quale dò pubblicazione dei casi occorsimi. Eccoli senz'altro.

Oss. 1. R. P., soldato 158° fant., classe 1895, distretto Alessandria. Cartella clinica n. 327. Entra nell'Ospedale da guerra 55 C. R. I. il 26-2-917, con diagnosi di idrocele del testicolo sinistro. Riferisce che fin dalla giovane età soffrì di questa affezione, e che la loggia scrotale sinistra dapprincipio lievemente tumefatta è andata assumendo le attuali dimensioni di un'arancia. Non si è mai fatto curare, e da che presta servizio militare l'aumento gli sembra più rapido. Adibito in principio ai servizi attivi, da qualche tempo invece è stato assegnato a servizi meno gravosi. Le condizioni generali dell'infermo sono ottime, nessuna lesione è percettibile in alcun organo: l'anamnesi personale e famigliare è pura. Si prescrivono appena entrato in ospedale le iniezioni generali iodo-iodurate: in 5ª giornata aspiro il liquido dell'idrocele, e introduco pochissimi cmc. di soluzione iodo-iodurata entro la vaginale. Constato una lieve reazione locale che in 2 giorni scompare, e continuo le iniezioni generali; la loggia scrotale non presenta più alcuna tumefazione. Il 27 marzo il militare in ottime condizioni generali viene dimesso, dopo aver compiuto 32 iniezioni in due serie con un riposo intermedio di 4-5 giorni. Da notizie avute nel novembre 1919 non risulterebbe essersi presentata recidiva: non mi è stato possibile avere più recenti notizie, essendosi il militare allontanato dal suo paese per ragioni di lavoro.

Oss. II. — G. A., soldato 3 Regg. Alpini Battaglione Susa, classe 1889, distretto Torino. Registro n. 169. Si presenta alla IX sez. aut. C. R. I. in Salino (Carnia) il 28 marzo 1917 con diagnosi di idrocele testicolare destra. Nessuna malattia degna di nota: anamnesi famigliare e personale pura. Riferisce che dall'età di 10 anni ha sempre sofferto di questa affezione e che da circa 6 o 7 anni la tumefazione si è fatta eccessivamente molesta per le sue aumentate dimensioni che raggiungono oggi quelle di un uovo di tacchino. È adibito al servizio delle salmerie, esonerato sempre dai servizi di 1ª linea. Consentendolo il suo servizio propongo all'infermo di curarlo ambulatoriamente con iniezioni iodo-iodurate. La non eccessiva mole della tumefazione mi sconsiglia dall'eseguire lo svuotamento dell'idrocele: già dopo 15 iniezioni le condizioni locali si sono notevolmente modificate e dopo 36 iniezioni la loggia scrotale destra non è per nulla dissimile dalla sinistra normale. Sospendo qualsiasi cura il 20 maggio 1917. Trasferito ad altra unità non ho potuto seguire il decorso immediato; notizie recenti però avute dal militare stesso m'assicurano che dopo d'allora la loggia scrotale non s'è più tumefatta.

Oss. III. — A. V., soldato 3° Regg. Alpini, Battaglione Susa, classe 1895, distretto Torino, Registro n. 187. Si presenta alla IX sez. aut. C. R. I. in Salino (Carnia) il 4 aprile 1917 con diagnosi di idrocele testicolare sinistro. Anamnesi personale e famigliare pura. Riferisce che da solo 3 anni ha notato la loggia scrotale sinistra più tumefatta della destra e delle dimensioni di una grossa mela: per questo disturbo è stato esonerato dai servizi di prima linea. Come per il caso precedente propongo la cura ambulatoria che viene accettata, e non ostante l'idrocele sia più voluminoso del caso precedente, dopo meno di 40 iniezioni iodo-iodurate ottengo l'insperato successo di vedere ridotta quasi alla norma la loggia scrotale, senza bisogno di ricorrere alla evacuazione del liquido. Sospendo la cura il 25 maggio 1917 e come per il caso precedente, nell'impossibilità di seguire immediatamente l'infermo, per il mio trasferimento ad altra unità, non ho mancato di tenermi in corrispondenza col militare, e anche di recente son riuscito a sapere che dopo di allora la tumefazione non si è più presentata.

Oss. IV. — D. P., soldato 224° Regg. Fant., distretto Caserta, classe 1896. Cartella clinica n. 769. Entra nell'Ospedale 43 C. R. I. in Trani il 28 agosto 1918. Rimpatria dall'Albania perchè malarico: era addetto a servizi sussidiari. L'anamnesi famigliare e personale in fatto di tubercolosi è purissima. Ha sempre sofferto fin da bambino di idrocele testicolare destro: la tumefazione della loggia scrotale iniziatasi a poco a poco ha raggiunto all'età di 14-15 anni le dimensioni di un'arancia e da allora non si è più modificata. Ha sempre ricusato qualsiasi intervento: ora però siccome la molestia è veramente grave, si sottopone volentieri al trattamento che io gli propongo. E appena entrato in ospedale inizio le iniezioni iodo-iodurate: dopo 20 giorni la loggia scrotale è meno tesa per quanto la presenza del liquido sia sempre manifesta. Aspiro pertanto tutto il liquido dalla vaginale e vi inietto pochi cmc. di soluzione iodo-iodurata: dopo una breve reazione infiammatoria durata circa 2 o 3 giorni, la loggia scrotale ritorna normale. Trascorsa una settimana riprendo le iniezioni iodo-iodurate e con altro breve riposo ne compio circa 60. Il 25 ottobre il militare esce completamente guarito e nell'ottobre dell'anno scorso sono riuscito a sapere che la loggia scrotale non si è per nulla tumefatta ancora.

Oss. V. — M. E., soldato 224° Regg. Fant., classe 1886, distretto Bari. Cartella clinica numero 1072. Entra nell'ospedale 43 C. R. I. in Trani il 5 settembre 1918. Soffre da 15 anni di idrocele bilaterale, e appunto per quest'affezione è stato riconosciuto non idoneo ai servizi attivi e sempre assegnato a compagnie presidiarie. Non ha mai avuto malattie degne di nota, tolti gli esantemi dell'infanzia. Siccome l'idrocele specie sinistro assumeva talvolta proporzioni eccessive, il medico del paese gli praticò a distanza di vari anni due aspirazioni del liquido, ma in capo a 5-6 mesi al più l'affezione era ricomparsa come prima. Da che presta servizio militare gli sembra che la loggia scrotale sia più tumefatta. Al suo ingresso in ospedale si rilevano le sue ottime condizioni generali e l'integrità perfetta degli organi interni. Si prescrivono peraltro le iniezioni iodo-iodurate, e poichè l'idrocele è piut-

tosto voluminoso, si pratica in 2ª giornata l'estrazione completa del liquido con successiva iniezione di pochi cmc. di soluz. iodo-iodurata. Per i primi otto giorni entrambe le logge scrotali si mostrano infiammate e tumefatte: a poco a poco però assumono aspetto normale: continuo la cura generale fino a compimento di 54 iniezioni. Il militare è dimesso il 18 novembre perfettamente guarito. Il medico del paese cui mi sono rivolto 2 mesi or sono mi assicurava dell'assenza di recidive.

Oss. VI. — M. Z., caporale del 71° Regg. Fant., classe 1895, distretto Bari. Cartella clinica n. 1101. Entra nell'ospedale 43 C. R. I. in Trani il 25 settembre 1918. Ha avuto malaria di lieve grado anche da borghese: da oltre 32 mesi non ha più avuto accessi tipici: nessun'altra malattia degna di nota: anamnesi personale e famigliare in fatto di tubercolosi purissima. Ha sempre sofferto, da che ha memoria, di idrocele destro: sotto le armi fu sempre addetto a servizi sussidiari. La tumefazione scrotale dapprincipio limitata, assunse a poco a poco le dimensioni di una arancia e più: dal medico del paese gli furono ripetutamente proposte o l'operazione radicale o lo svuotamento, ma egli sempre rifiutò: ora però la molestia si è fatta tanto viva che è stato costretto a ricoverarsi in ospedale. Renitente sempre ad un intervento chirurgico, appena entrato, sottopongo il militare alle iniezioni generali iodo-iodurate: dopo le prime 10 o 12 iniezioni la tumefazione scrotale appare assai meno tesa e si lascia deprimere con una certa facilità: alla 30ª iniezione l'assorbimento del liquido si è sempre più accentuato. Sospendo il trattamento per una diecina di giorni, dopo i quali inizio una nuova serie di 30 iniezioni: la loggia scrotale si è gradatamente afflosciata, il liquido è quasi totalmente riassorbito. Il 10 dicembre dimetto l'infermo guarito con la scomparsa completa della tumefazione, senza aver avuto bisogno di ricorrere alla evacuazione. Le notizie avute contemporaneamente a quelle del malato precedente confermano l'assenza di recidiva.

Oss. VII. — C. M., allievo sottufficiale Scuola Militare, classe 1900, distretto Reggio Emilia. Entra nell'infermeria presidiaria di Modena il 15 giugno 1921 con diagnosi di idrocele destro. Il militare presenta lievi residui di pleurite sinistra e riferisce che già altre due volte in 4 o 5 anni aveva notato un cospicuo aumento di volume della loggia scrotale destra, e che per due volte il medico del suo paese aveva praticato lo svuotamento della vaginale, ma che in capo a 15-30 giorni il liquido si era di nuovo ripresentato. Da circa 2 mesi la tumefazione si è fatta così molesta da indurlo ad entrare in ospedale. Le condizioni generali di nutrizione sono piuttosto deficienti: l'anamnesi famigliare è purissima: l'attacco pleurico sinistro è la prima manifestazione morbosa del militare e comparve or sono 5 mesi circa. Inizio pertanto (la pleurite non aveva più bisogno di trattamento speciale) una cura di iniezioni iodo-iodurate: dopo 10 giorni procedo allo svuotamento dell'idrocele a mezzo del trequarti e inietto in cavità pochi cmc. di soluzione iodo-iodurata: si nota una discreta reazione infiammatoria locale, che scompare in pochi giorni e continuo la cura generale iodo-iodurata. In campo a poco più di un mese, dopo 30 iniezioni, le condizioni generali sono notevolmente migliorate e, scomparsi i fatti pleurici, non si nota traccia di liquido nella vaginale testicolare. Esce il 19 luglio 1921: notizie dirette dell'infermo in data 28 luglio 1922 escludono finora la recidiva.

Oss. VIII. — C. E., carabiniere RR. CC. Persiceto, classe 1900, distretto Treviso. Entra nell'infermeria presidiaria di Modena il 12 giugno 1921 con diagnosi di idrocele sinistro recidivante. Individuo di costituzione generale eccellente, con ereditarietà assolutamente negativa, anamnesi personale pura, riferisce che da poco più di 3 anni ha notato il tumefarsi della loggia scrotale sinistra. Avendo raggiunto dimensioni notevoli il medico del corpo gli praticò lo svuotamento completo della cavità; dopo 3 giorni però notò ricomparsa del liquido e in capo a 20-25 giorni la tumefazione aveva assunto le dimensioni di prima. Dopo 4 mesi sottopostosi a nuova visita subì uguale trattamento, ma con uguale risultato dopo circa 1 mese. Trascorsi altri 4 o 5 mesi, al suo ingresso in infermeria la tumefazione è grossa quanto circa una testa di feto, non è riducibile con la pressione manuale, non modifica forma e volume coll'assumere la posizione supina. Escludo si tratti di forma comunicante e sottopongo l'infermo ad una cura generale di iniezioni iodo-iodurate. In 5ª giornata procedo allo svuotamento dell'idrocele e alla iniezione in cavità di pochi cmc. di liquido del Durante: dopo 15 giorni però noto ricomparsa di liquido nella vaginale e in capo a 1 mese si notava una tumefazione grossa quanto un'arancia: pratico pertanto un secondo svuotamento con seconda iniezione di liquido Durante. Pochissima reazione locale entrambe le volte. Il militare esce il 18 agosto 1921 dopo aver fatto oltre 50 iniezioni iodo-iodurate e senza che siasi più manifestato (al 10 luglio 1922) versamento liquido entro la vaginale.

Oss. IX. — T. U., soldato 5° Art. Pes. Campale (Udine), classe 1901, distretto Modena. Entra nell'infermeria presidiaria di Modena il 9 maggio 1921 con idrocele sinistro recidivante. Riferisce di non essere mai stato malato, l'anamnesi famigliare è pura: soltanto da circa 8-10 anni ha notato un progressivo ingrossamento della loggia scrotale sinistra che giunse a tal punto da rendergli molesta la deambulazione. Il suo medico cui egli ricorse gli praticò la evacuazione della sacca, ma in capo a 5-6 mesi la tumefazione si è riprodotta quasi come prima. Dichiarato idoneo alla visita militare, non potendo per questo disturbo prestare incondizionato servizio fu ricoverato nell'infermeria: l'idrocele ha le dimensioni di una grossa arancia e non è riducibile di volume. Inizio subito le iniezioni generali iodo-iodurate: la tumefazione sembra accenni a regredire, pur tuttavia dopo circa 1 mese pratico lo svuotamento col trequarti, inietto alcuni cmc. di soluzione iodo-iodurata e noto al solito lieve reazione locale. Riprendo le iniezioni iodo-iodurate sospese per una settimana e in capo a 30 giorni la vaginale testicolare contiene scarsissimo liquido. Sospendo per circa dieci giorni le iniezioni e ne inizio una terza

serie fino a raggiungere il numero di 76. Il militare esce il 22 agosto 1921 in ottime condizioni generali e con la loggia scrotale sinistra perfettamente identica all'altra. Notizie dirette del militare, avute il 10 luglio u. s., mi confermano che la recidiva non si è peranco ripresentata.

Oss. X. — R. E., soldato 36° Fant., classe 1901, distretto Brescia. Entra nell'infermeria presidiaria di Modena l'11 settembre 1921 con idrocele destro recidivante. Individuo in ottime condizioni generali: nulla nel gentilizio, anamnesi personale pura. Da 3 anni ha notato una tumefazione anormale della loggia scrotale destra: tre svuotamenti praticatigli dal suo medico prima della sua chiamata alle armi hanno sortito esito negativo, poichè dopo un certo tempo (da 2 a 6 mesi) l'idrocele è sempre ricomparso nelle stesse condizioni di prima. Inizio subito le iniezioni generali iodo-iodurate e in 3ª giornata pratico lo svuotamento della cavità con successiva iniezione di alcuni cmc. di soluzione alla Durante. Non noto più presenza di liquido nella vaginale e il militare esce il 25 ottobre 1921 dopo aver fatto 32 iniezioni, perfettamente guarito. Il medico del corpo mi riferiva anche poco fa che nel militare in parola non aveva più notato la menoma recidiva.

Oss. XI. — B. G., soldato 12° Regg. Art. da Campagna, classe 1901, distretto Modena. Entra nell'infermeria presidiaria di Modena il 3 dicembre 1921 con idrocele destro recidivante. Riferisce che da tempo remoto ha sempre avuto la regione scrotale destra più tumefatta della sinistra. Circa 2 anni or sono avendo notato un rigonfiamento anche maggiore e recandogli questo soverchia molestia si fece visitare dal suo medico che gli praticò lo svuotamento della vaginale; a poco a poco però il liquido ricomparve e alla visita di leva l'idrocele era già ritornato più grosso di prima: al suo ingresso la tumefazione è grossa come un arancio. Inizio subito le iniezioni generali iodo-iodurate: l'idrocele dopo circa due settimane si presenta meno teso, ma la presenza del liquido è sempre assai manifesta. Il 20 dicembre pratico l'evacuazione della cavità vaginale col trequarti e vi inietto pochi cmc. di liquido del Durante: lievissima reazione locale che si risolve in 3-4 giorni. Continuo le iniezioni iodo-iodurate fino a circa 30. Il militare esce il 9 gennaio 1922 con la scomparsa completa dell'idrocele. Notizie recenti giuntemi il 25 luglio u. s. mi permettono di asserire che a differenza della volta scorsa la recidiva non si è ancora menomamente presentata.

Si tratta prevalentemente di individui giovani: cinque di 20-21 anni, quattro di 26-27 anni, due di 35-36 anni: in tutti l'affezione datava da moltissimi anni, e l'anamnesi famigliare e personale in fatto di tubercolosi era purissima: in un solo (oss. VII) l'anamnesi personale metteva in evidenza una pregressa pleurite con alcuni residui in atto, ma non si notavano però altre lesioni dell'apparato respiratorio.

Nessuno degli infermi aveva mai fatto cure speciali per l'affezione in parola, nella maggior parte di essi però era stata tentata l'evacuazione del liquido, almeno una volta, e spesso anche più; ma in capo a breve tempo, dopo 15 giorni, si aveva accenno a ripresentarsi dell'affezione, e dopo un paio di mesi, poco più, la tumefazione della loggia scrotale era quasi come prima.

La facilità di riproduzione del liquido anche dopo la semplice evacuazione, la mancanza in ognuno dei miei casi di complicanze da parte di altri visceri ed organi (eccetto l'oss. VII), l'assenza di un momento eziologico preciso, che indubbiamente, per la sua lieve importanza, è passato inavvertito al paziente mi pare permettano di asserire che si tratta dei comuni idroceli essenziali primitivi. E poichè, secondo i comuni AA., questi risentono di una infezione latente o patente della sierosa, non mi pare azzardato affermare che la bacillosi possa ritenersi la causa dell'ispessimento e dello spandimento della vaginale. L'idrocele infatti si può identificare, secondo Poncet (2) alle pleuriti, asciti, idrartrosi dette essenziali: ed anzi questo A. ha istituito la tubercolosi infiammatoria come entità morbosa, dopo lo studio di un caso di reumatismo articolare, dimostrando come si possano avere la generalizzazione più o meno rapida e localizzazioni in tutti i tessuti ed organi. Anzi sostenne, unitamente al Leriche (3), che molte e molte malattie (piede piatto, valgo, doloroso; scoliosi; *genu valgum; coxa vara;* adenomi; lipomi; ghiandole vascolari; tumori) riconoscono un certo fondamento nella tubercolosi infiammatoria.

Recentemente il Manini (4) descrivendo un caso occorsogli di eritema nodoso e porpora emorragica nel quale le manifestazioni potevano ritenersi l'esponente di una tossiemia tubercolare, prospetta la possibilità che a questa potessero imputarsi anche dolori articolari lievi presentati in precedenza dall'inferma, venendo in certo qual modo a suffragare l'ipotesi del Poncet (5) su l'esistenza di un reumatismo articolare specifico.

Io non voglio per ora precipitare giudizi definitivi che spero poter dare nella mia prossima pubblicazione: credo però di poter asserire che la teoria di Poncet, anzichè contraddetta, viene ad essere convalidata da osservazioni cliniche, non ultime quelle che formano oggetto della presente nota: sì che mi pare, pur non associandomi del tutto alla generalizzazione del geniale A. francese, che per l'af-

fezione in parola, l'ipotesi da me formulata non possa ritenersi completamente destituita di fondamento. Il fatto stesso poi, che in tutti i miei infermi non si è avuto accenno di recidiva, per un periodo di tempo variabile da un minimo di un anno a un massimo di quattro e più, mi parrebbe una conferma non disprezzabile.

Modena, agosto 1922.

LETTERATURA.

1. SEGRÈ. *Su la patogenesi dell'idrocele essenziale.* I. nota. Bull Soc. Med. Chir., Modena, 1914, fasc. III e IV.
2-3. PONCET et LÉRICHE. *La tuberculose inflammatoire.* O. Doin, ed. Paris 1912.
4. MANINI. *Contributo allo studio dei rapporti eziologici tra tubercolosi, porpora emorragica, eritema nodoso.* Rivista Ospedaliera, 1922, n. 7-8.
5. PONCET. *Tubercolose septicemique rhumatismale specifique.* Arch. Int. Chir., 1903, n. 1.

NOTE E CONTRIBUTI

Un nuovo sintomo nella calcolosi vescicale.

Dott. GIOVANNI GAETA.

Comunemente i trattati di patologia chirurgica fondano la diagnosi di calcolosi vescicale su tre sintomi: frequenza della minzione, dolore, ematuria.

È nota la incostanza dei suddetti sintomi, come è noto che svariate affezioni dell'apparato urinario possono simulare il quadro della urocistolitiasi; il dolore, l'ematuria, la frequenza della minzione divengono quindi segni preziosi di orientamento non di certezza, e se nella maggior parte dei casi ci riporteranno alla diagnosi di calcolosi vescicale, non dimenticheremo che nella cistite acuta, nella blenorragia, nell'ascesso cronico del cavo di Retzius, nell'ascesso prostatico, nei tumori benigni e maligni della prostata, nei processi tubercolari della vescica e, per riflesso, nella idronefrosi e nella pielonefrosi, la triade sintomatica può trarre in errore, potendo essere rappresentata in tutte queste affezioni.

Il clinico che tante volte deve arrivare alla diagnosi senza il sussidio della radiografia, a meno che con l'esplorazione vaginale o rettale non percepisca al tatto la presenza di un corpo duro, rugoso, pungente o con l'esploratore olivare o con il catetere di Guyon non abbia la sensazione del calcolo risonante o meno, secondo della sua composizione chimica, troverà nel sintoma che io riferirò, quando esista, la certezza della diagnosi.

Dirò subito che il sintoma è stato rilevato dal prof. Durante tre anni or sono, quando soffrì di calcolosi vescicale, e da me riscontrato in diversi pazienti. Il prof. Durante rilevò, come ho detto, il sintoma e lo riferì a noi assistenti pochi minuti dopo di essere stato operato di litotrisia dai proff. Leotta e Andò. Il sintoma consiste in una sensazione di freddo che il paziente avverte, durante le crisi dolorose, sull'asta e precisamente sul glande, sensazione subiettiva, e rilevabile obiettivamente dal pallore della parte e al termotatto.

La spiegazione del sintoma mi sembra agevole, quando si pensi che lo spasmo vasale riflesso è causa dell'ischemia e quindi del pallore della regione e della sensazione di freddo.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Sulla stomatite da bismuto.

(PALAZZI. *La stomatologia*, n. 6, 1922).

La stomatite bismutica non è un'entità patologica nuova: alcuni autori la osservarono in seguito ad ingestioni ripetute di sali di bismuto per la terapia di coliti ed enteriti, od in seguito ad applicazioni di nitrato di bismuto su ulceri o piaghe. Di alto interesse si presenta ora la sua descrizione, in quanto riconosciuta l'azione treponemicida del bismuto, se ne va diffondendo l'uso fra i sifilologi.

Se studiamo l'etiologia e la patogenesi di tale stomatite, possiamo constatare l'esistenza di bocche predisposte alla stomatite bismutica, come esistono bocche predisposte alla stomatite mercuriale: sono le bocche in cui l'igiene è poco curata, in cui si hanno denti cariati. Ed in generale, la stomatite bismutica corrisponde alle alterazioni dentarie o peridentarie del soggetto, per la sua distribuzione topografica. Così meno attaccate sono le bocche prive di denti. Le alterazioni orali da bismuto possono pure essere osservate in soggetti colpiti da lesioni del tubo digerente, sia quando ad essi vengano somministrati sali di bismuto, sia, e specialmente, in seguito alla iniezione di tale metallo. L'esperienza dei moderni terapisti asserisce che una dose di 30 ctg. di sale bismutico, iniettata sotto cute ogni quarto giorno, raramente determina una sindrome stomatitica, mentre 50 ctg. iniettati d'emblé provocano l'insorgenza di una stomatite bismutica: le dosi frazionate essendo eliminate in tempo breve rendono difficile l'insorgenza della stomatite. Tra i composti che meno facilmente provocherebbero fenomeni orali sarebbero l'iodo bismutato di chinina in sospensione oleosa, ed il tartaro-bismutato di sodio e potassio. Sembra che l'associazione fuso spirillare aggravando le condizioni locali di una mucosa impregnata di sali di bismuto, influirebbe favorevolmente sulla genesi della forma morbosa in questione.

I sintomi clinici della malattia presentano analogie notevoli con le sindromi da mercurio e da piombo, sebbene con minor gravità. Il sintoma premunitore della stomatite da bismuto sarebbe secondo alcuni un orletto gengivale inferiore con particolare aspetto ardesiaco; secondo l'A. le prime formazioni che risentono dell'azione del bismuto non sono gli orletti gengivali, ma bensì le papille; solo in seguito sopravviene l'orletto. Talvolta particolarmente nelle bocche ad igiene orale perfetta, la sintomatologia clinica stomatologica del bismuto si arresta alla lieve alterazione della papillite. Occorre porre attenzione a distinguere tali papilliti dagli speciali depositi sottomarginali tartarei della gengiva inferiore. L'orletto bismutico compare spesso dopo la quinta o sesta iniezione. Possono concomitare alterazioni del solco gengivo-jugale, costituiti da sottili striature brunastre che spiccano sul fondo roseo della mucosa, a disposizione longitudinali, e delle macule grigio scure a contorni irregolari, sparsi per tutta la superficie mucosa. Anche la lingua compartecipa a questo aspetto speciale caratteristico, con analoghe striature o con colorito uniformemente bluastro di tutto l'organo. I sintomi subiettivi sono a preferenza notturni: si ha una particolare ipersensibilità di tutta la mucosa della bocca e delle gengive, con partecipazione frequente anche dei denti.

Oltre alla forma di stomatite d'allarme descritta come gengivite mediana inferiore, abbiamo nel primo stadio una gengivite insorgente intorno a denti cariati od a monconi di radici, lo scollamento retromolare, e la stomatite geniena, e secondo Fournier, la stomatite del solco gengivo-labiale inferiore.

La stomatite non curata, evolve verso lo stadio ulcerativo, in cui predomina il dolore, con tumefazione della mucosa, fatti ulcerativi e lieve scialorrea. Mancano i processi putrefattivi comuni nelle stomatiti mercuriali: le forme variano dalla stomatite eritematosa alle forme con gangrena. Clinicamente possiamo distinguere: una stomatite parziale; una stomatite diffusa; una stomatite grave. Tali forme di stomatiti si presentano con maggiore o minore frequenza a seconda che l'intervallo fra le successive somministrazioni del farmaco è più o meno breve.

Per la diagnosi: in prima linea ci varremo della mancanza del fetore orale e di vera e propria scialorrea che nelle forme mercuriali sono manifeste al massimo grado. Un carattere ben manifesto all'inizio della lesione è la pigmentazione dell'apice delle papille che ha riscontro solo nelle forme antimoniche e saturnine.

La prognosi della stomatite bismutica, considerato che le forme gangrenose sono eccezionali, può dirsi del tutto benigna.

Istologicamente: nel periodo di impregnazione, nel chorion gengivale, sono ben manifesti degli ammassi granulari di colorito bruno che spiccano nel complesso del tessuto, e disposti a preferenza intorno alle cellule fisse: per alcuni autori tali ammassi sarebbero di preci-

pitati di solfuro di bismuto, per altri si tratterebbe del metallo stesso. Gli strati profondi della gengiva presentano, oltre gli abbondanti depositi precedenti, uno strato reattivo imponente. Nello stadio ulcerativo oltre a microbi comuni (pneumococchi) si nota la predominanza dei fuso-spirilli.

Importanza grande per la profilassi ha l'igiene della bocca: ablazione accurata del tartaro, avulsione di radici, cura dei denti cariati, colluttori astringenti e tonificatori della gengiva.

Per la terapia: sospensione immediata del rimedio, se i fenomeni sono imponenti. Gli autori francesi ritengono efficace la ricetta seguente: Clorato di K gr. 6, alcoolato di coclearia gr. 30, sciroppo di quinquina gr. 80, decotto di quinquina gr. 250. Detersione delle ulceri con batuffoli impregnati di 606, 914, bleu di metilene all'1 %.

MONTELEONE.

Ulcera gastrica di origine sifilitica.

(CADE e MORENAS. *Arch. des mal. de l'app. diges.*, 1922, n. 2).

La sifilide può colpire lo stomaco direttamente dando luogo a lesioni tipiche, gommose, evolventi come pseudotumori od ulceri, ovvero indirettamente favorendo lesioni nevritiche vascolari. Gli AA. fanno astrazione nel loro studio dalla forma ulcerosa della sifilide dello stomaco, e dalle sindromi ulcerose più o meno nette, le quali sono rapidamente migliorate e guarite con un trattamento antisifilitico e nelle quali l'esistenza dell'ulcera non ha potuto essere verificata. Gli AA. vogliono invece fermare l'attenzione su di una serie di ulceri semplici « a priori » aventi alcuni caratteri clinici ed anatomici propri, in relazione evidente con la sifilide, il più spesso per l'intermediario delle lesioni vascolari che quest'infezione crea. Esiste, si domandano gli AA., una relazione di causa ed effetto fra la sifilide ed alcune ulceri di apparenza banale? La questione non è nuova: già nel 1865 Lang, notava dei segni di sifilide nel 20 % dei casi di ulceri gastriche. In Francia, Galliard, riportando due osservazioni emette l'ipotesi dell'esistenza di ulceri rotonde tipiche causate dalla sifilide con l'intermezzo dell'arterite. Nel 1891, pur stimandola rara, Chiari di Praga, ammetteva che la sifilide poteva agire indirettamente nella patogenesi dell'ulcera gastrica, per mezzo dei disturbi circolatori connessi alle lesioni epatiche che determina; queste conclusioni furono ammesse anche da Dielafoy. In seguito, osservazioni interessanti furono fatte dal Neumann, dal Fraenkel, Flexener, Cesaris-Demel, ecc.

Gli AA. hanno potuto in quattro casi constatare gli stretti rapporti patogenetici che intercedono fra sifilide e molte ulceri gastriche; due di essi, nettamente sifilitici, avevano presentato una sindrome ulcerosa tale da necessitare una gastro-entero-anastomosi (dopo inutili tentativi di cure antisifilitiche); in essi non si potè fare il controllo anatomico; in due altri però questo fu eseguito, e le osservazioni pubblicate.

Il primo caso riguardava un uomo di 63 anni, presentante una eruzione circinnata, considerata come psoriasi: egli si lagnava da tre mesi di dolori gastrici senza orario fisso, non modificati dagli alimenti, senza vomito; dimagramento di 10 kg. in modo rapido. In seguito all'esame radiologico ed all'esame del chimismo gastrico, il p. è considerato come un neoplasico in via di generalizzazione. Morte un mese dopo l'ingresso in ospedale in grave stato cachettico.

All'autopsia lo stomaco presenta nella regione prepilorica una ulcerazione dell'estensione di una moneta da un franco regolare, poco profonda, riposante su delle tuniche spesse; la ulcera non sembra in attività; non gangli in corrispondenza della piccola curvatura. Nei polmoni, oltre una epatizzazione basale, si notano multiple dilatazioni bronchiali. All'esame istologico dei pezzi dello stomaco: mucosa scomparsa, sottomucosa ispessita, fibroide, contenenti in superficie abbondanti cellule infiammatorie e lesioni vascolari d'endo- e periarterite. All'esame istologico dei pezzi del polmone: aspetto di dilatazioni bronchiali sifilitiche.

Il secondo p. aveva contratto la sifilide a 18 anni ed aveva avuto una emiplegia a 38 anni. A 53 anni cominciò ad accusare dolori gastrici a tipo tardivo, senza vomiti, senza perdita dell'appetito, senza cachessia. Obbiettivamente: non sintomi gastrici, ma sintomi di pretabe. Morte improvvisa con una grande ematemesi.

All'autopsia: sulla piccola curvatura, vicino al piloro, si trova un'ulcera del diametro di poco superiore a una moneta da due franchi: nel fondo dell'ulcerazione, i cui bordi sono poco ispessiti, si scopre l'orifizio beante di un vaso, apparentemente dilatato, con tuniche un poco indurite. Aortite sifilitica; antica emorragia in corrispondenza della capsula interna destra.

Gli AA. si fermano a considerazioni patogenetiche sui casi da essi osservati, e su quelli

noti nella letteratura, per giungere alle seguenti conclusioni:

L'ulcera rotonda dello stomaco può essere prodotta dalla sifilide indirettamente e tardivamente con l'intermediario delle lesioni vascolari che essa provoca.

Questo processo imprime alla sindrome ulcerosa un'andatura clinica un po' speciale: si osserva in uomini di età matura, accusanti dei dolori gastrici anormalmente localizzati nel tempo, in cui si può avere iperclorídria, spesso ematemesi abbondanti, mortali.

L'esame anatomo-patologico mostra le lesioni vascolari macroscopiche e specialmente microscopiche iniziali di queste ulceri. I caratteri di queste lesioni spiegano la scarsa azione dei rimedi antisifilitici.

MONTELEONE.

La stenosi congenita del piloro.

(M. BORCHARDT. *Medin. Klin.*, 21, XVIII, 21 maggio 1922).

Nè la patogenesi nè il quadro anatomo-patologico e neppure la terapia della stenosi pilorica congenita — malgrado la messe non indifferente di lavori ed osservazioni in proposito — è ancora perfettamente chiarita e conosciuta. Nella malattia in discorso il tipo più frequente è rappresentato da un piloro che si può paragonare ad un cilindro duro quasi cartilagineo che protrude nel duodeno come la portio nella vagina. La lunghezza varia da 1.5-3 cm. perfino (caso di Kaspar) 4.3 cm. Il tumore rispetto allo stomaco è diviso talvolta da un solco poco profondo, tal'altra è più netto. Forse le fibre ipertrofiche muscolari del tumore si perdono insensibilmente in quelle normali dello stomaco. Più netta in genere è la divisione dal duodeno. La mucosa si adatta in 3-5 pieghe: il lume si riduce notevolmente fino a permettere appena il passaggio di una sonda sottilissima. Sezionando lo stomaco si trova che l'ipertrofia colpisce la muscolatura lungo la grande curvatura ora aumentando gradatamente verso il piloro ove cessa d'improvviso, ora a forma di fuso: tale fenomeno si può manifestare anche lungo la piccola curvatura e allora la forma che assume è quella di fagiuolo, ciò che si verifica nella grande maggioranza dei casi. L'ipertrofia colpisce tanto lo strato della muscolatura longitudinale che circolare e raggiunge 3-4 mm. Giova ricordare anche che la muscolatura del duodeno in alcuni casi è assai più sviluppata del normale anzi ipertrofica addirittura. Poca importanza hanno le alterazioni della mucosa e submucosa ma è stato perfino descritto un caso in cui la stenosi (Peden) era dovuta all'ipertrofia delle fibre sottomucose. Ma la stenosi può avere altre origini: una ipertrofia poliposa della mucosa, tumori da germi aberranti delle glandole di Brunner: a veri e propri coristomi e non bisogna dimenticare la possibilità anche nel neonato di ulceri duodenali iuxta-piloriche e che possono provocare regolarmente un'ipertrofia del piloro: questa a sua volta può riconoscere per causa stenosi e atresie per inginocchiamento abnorme del duodeno, per un'anomala brevità del legamento epato-duodenale. Vanno inoltre ricordati i casi che decorrono col quadro della stenosi congenita del piloro, che all'autopsia ebbero risultato negativo. Questo elenco delle numerose patogenesi dello stesso quadro clinico: vomito, ripetuto incoercibile; peristalsi gastrica aumentata e ipertrofia pilorica dimostra la necessità di dividere in due classi i varii casi: quelli tipici e quelli atipici comprendendo nel primo gruppo le stenosi idiopatiche, nell'altro le sintomatiche secondarie.

Nel primo gruppo si tratta di una ipertrofia già congenita cui si aggiunge uno spasmo, ipotesi più verosimile della contraria, ipertrofia secondaria allo spasmo, in quanto che mal si comprende come un'ipertrofia possa stabilirsi in pochi giorni quando anzi mostri tendenza a regredire spontaneamente. Questo dato di fatto spiega i successi della terapia interna. Per quello che riguarda la cura chirurgica è giustizia ricordare prima di Rammstedt e Weber il nome di Fredet che un anno prima aveva eseguito e raccomandato una piloro-plastica extramucosa nella cura della stenosi pilorica. Tutti e tre hanno operato indipendentemente uno dall'altro. La mortalità dapprima considerevole raggiunge oggi il 16 % ma la maggior parte degli esiti infausti è dovuta a lo shok: da questo si arguisce naturalmente che la mortalità potrà essere notevolmente abbassata quando i bambini saranno operati in condizioni migliori di salute. Un altro pericolo è rappresentato dalla lesione della mucosa, pericolo meno raro di quanto non si ammetta e che si riferisce, almeno desumendolo dai casi pubblicati, per lo più alla mucosa duodenale.

Talvolta i margini dell'incisione invece di aprirsi largamente si divaricano appena e in questi casi appunto è facile che sfugga una lesione della mucosa. Il divaricamento persiste anche più giorni dopo l'incisione (18 giorni) e questo può spiegare l'insorgere di una peritonite tardiva, specie col persistere del vomito. Downes ad evitare questa spiacevole conseguenza, recide solo le fibre muscolari più

superficiali terminando la dissociazione per via ottusa. Occorre far saltare completamente l'anello muscolare costrittore altrimenti il quadro clinico, dopo l'operazione non si modifica e a questa incompletezza tecnica è probabilmente dovuto il persistere dei sintomi dopo l'intervento. Un terzo pericolo è insito nell'emorragia dell'incisione, complicazione alla quale debbono la morte alcuni dei pazienti operati ed è tanto più temibile quanto maggiore è l'età loro. L'emorragia non sempre può essere efficacemente combattuta e vinta specie se della muscolatura sia pur eseguendo la incisione in una zona possibilmente avascolare situata tra il 1/3 superiore e il 1/3 medio anteriore. È opportuno non suturare l'addome prima di essersi assicurato di una perfetta emostasi che in qualche caso potrà essere raggiunta mediante l'applicazione, sull'incisione dello stomaco, di un lembo peduncolato o libero di omento o di muscolo. È stata osservata la possibilità di una deiscenza della sutura addominale: per questa ragione sono state consigliate ed eseguite più incisioni. Alcuni AA. preferiscono l'incisione transrettale destra che, piccola quanto basta, deve essere suturata con refe e non in catgut. Del resto la tendenza alle complicazioni specialmente infiammatorie in individui così operati è da riportarsi al cattivo stato di nutrizione. Spesso sono state osservate aderenze, che hanno richiesto una rilaparotomia, forse dovute a emorragie organizzate. È stata da alcuni consigliata, ma ingiustamente, la anestesia locale per la tema della morte sotto narcosi, ma bisogna riconoscere come sia quasi impossibile operare i bambini svegli.

Più importante è l'indicazione precisa per l'atto operativo. Non bisognerebbe operare i bambini, oltre i 14 giorni di cura interna, ma non di meno poichè alcuni casi regrediscono spontaneamente sotto l'influenza della cura medicamentosa. Un valido sussidio diagnostico è rappresentato dall'esame radioscopico assai apprezzato specie in America: se la metà del pasto ristagna ancora dopo 24 ore, l'operazione è indicata, mentre è sufficiente la terapia medica negli altri. Durante il tempo di questa osservazione, il bambino non deve giacere sul dorso poichè in quella situazione il cibo ristagna, ma è di scelta la posizione bocconi o quella laterale destra.

Un anno e mezzo dopo l'intervento il piloro è perfettamente normale. Malgrado che la mortalità, restringendo il campo ai soli casi operabili con successo, sia assai scarsa, Strauss, di Chicago, ha proposto un suo nuovo metodo, che consiste in una incisione longitudinale del piloro, fino alla mucosa, isolamento circolare di tutta la mucosa, sdoppiamento longitudinale di tutta la muscolare, ribattendo i due lembi spiegati sulla mucosa, e ha raggiunto risultati ancor più brillanti: sei morti su 226 casi! L'indicazione operativa della Weber-Rammstedt è quindi riassunta in quei casi nei quali si tratta di vera ipertrofia pilorica e controindicata invece in quelli in cui si tratta di spasmo e in tutti quelli in cui la stenosi è secondaria ad altre alterazioni, in alcune delle quali giova la gastro-enterostomia o l'intervento vario a seconda del caso.

E. MINGAZZINI.

L'appendicite tubercolare latente.

(PERRIN e DUNET. *La Presse médicale*, 1922, n. 75).

Nell'appendicite tubercolare l'affezione evolve in modo sub-acuto o cronico, piuttosto che in modo acuto.

L'appendicite cronica, caratterizzata dalla torpidità della sua evoluzione, corrisponde a forme anatomiche varie: forma cistica eccezionalmente, fungosa più frequente ed infine forme atrofica ed ipertrofica.

Gli AA. si occupano di quest'ultima, caratterizzata dallo spessore delle pareti appendicolari, talora di più centimetri. Si tratta allora di una vera appendicite gigante, assolutamente comparabile alle tubercolosi ipertrofiche del cieco o del retto o del grosso intestino, o del tenue. Tale forma è rara: le lesioni sono spesso considerevoli: talora con voluminose masse caseose nelle pareti dell'appendice, frequentemente con ascessi periappendicolari, con mucosa alterata od eliminata, con ispessimento enorme della sottomucosa e con le tipiche alterazioni tubercolari nello strato sottosieroso: i sintomi sono lievi, ma apprezzabili.

Si sviluppa ordinariamente in soggetti delicati od anche tubercolosi. Si hanno piccole crisi localizzate nella fossa iliaca destra, crisi frequenti che cedono rapidamente alla cura medica spesso accompagnate da diarrea cronica; a poco a poco si giunge all'ascesso svelato dalla palpazione. Ma se questa è la forma torpida, caratterizzata da crisi larvate successive, esiste una forma assolutamente latente, fino al giorno in cui una crisi acuta viene a svelarla. L'osservazione seguente degli AA. ne rappresenta un caso tipico e dimostra che enormi lesioni anatomiche possono stabilirsi senza alcun sintomo, sia locale che generale.

In una ragazza sedicenne, fino allora in perfetta salute, si manifesta improvviso un dolore addominale senza localizzazione precisa: dopo

qualche giorno il dolore si accentua specialmente a destra e fa pensare ad un'appendicite. Ricoverata in ospedale con 39,3 di temperatura e 112 di polso, si costata un lieve meteorismo addominale, dolore a destra dell'addome, difesa muscolare a livello della fossa iliaca destra; l'esploratore rivela un utero normale, a destra una massa arrotondata della grandezza di un piccolo mandarino, mobile, molto dolorosa. Operata si nota all'apertura del peritoneo una scarsa quantità di liquido torbido ed un piccolo tumore che fa pensare ad un annesso gonfio. Liberato il tumore dalle aderenze, si verifica che si tratta di un'appendicite eccezionalmente grande che si asporta. Guarigione completa.

All'esame del pezzo anatomico si vede che l'appendicite non ha conservato il suo aspetto normale che alla base e per soli due cm. Tutto il rimanente forma un tumore irregolarmente arrotondato con la superficie esterna solcata da numerosi vasi; esiste netta fluttuazione a livello del suo polo superiore. Al taglio, da un vero e proprio ascesso intra-appendicolare, esce una cucchiaiata di liquido mucopurulento, giallo verdastro: la parete inferiore della cavità ascessuale è costituita da un tessuto biancastro, lardaceo dello spessore di due e tre cm. L'esame istologico mostra una mucosa distrutta nella sua totalità, lesioni infiammatorie acute nelle pareti dell'ascesso. Nel fondo ispessito si può riconoscere la punta dell'appendice per la presenza delle sue tuniche muscolari con segni di infiammazione cronica. Anche il lume appendicolare è colmato da tessuto connettivale adulto organizzato, disseminato di isolotti infiammatori costituenti altrettanti piccoli ascessi miliarici.

Quanto alle lesioni ipertrofiche propriamente dette sono, per così dire, extra-appendicolari. Su alcune sezioni si notano cellule giganti nucleate, rari follicoli tubercolari tipici. Si tratta quindi, verosimilmente, di un'appendicite cronica tubercolare con focolai infiammatori acuti.

Data l'imponenza dei fatti rivelati anatomicamente, bisogna ammettere che essi non si siano potuti estrinsecare nei pochi giorni che hanno costituito l'episodio terminale acuto dell'appendicite. I fatti si sono svolti dunque silenziosamente per parte dell'infezione tubercolare, fino al giorno in cui una infezione, probabilmente aggiunta, è venuta a creare la sindrome appendicolare propriamente detta; una appendice può dunque lottare contro l'infezione tubercolare senza che questa lotta si traduca col minimo segno locale o generale. Le lesioni latenti servono però di richiamo ad infezioni secondarie e l'appendicite, fino ad allora semplicemente anatomica, diviene clinica ed evolve come una banale appendicite acuta.

MONTELEONE.

Su di alcuni disturbi funzionali della muscolatura del colon.

(STACEY WILSON. *Brith. med. Journ.*, 17 giugno 1922).

L'A. ricorda una particolare condizione del colon, che può talora esser palpato come un tubo rigido di un discreto diametro (come un polso sottile): tale rigidità può durare alcuni giorni, simulando un'appendicite, oppure pochi minuti e riprodursi frequentemente. Secondo Rutheford è dovuta a un allungamento attivo delle fibre muscolari, che potrebbero divenire rigide in estensione. Ciò del resto fu dimostrato per i muscoli striati da Sherrington, negli animali decerebrati.

Tale rigidità ostacola e rende faticosa la peristalsi normale. Di qui un'esagerazione del riflesso vasocostrittore che durante l'attività del colon, e del canale digerente in genere, ischemizza il cervello, e talora i muscoli somatici, e che è causa della stanchezza fisica e mentale dopo i pasti abbondanti. Si ha quindi una miseria mentale che ha origine dal colon, e che può rendersi più manifesta al mattino, per la periodica attività del colon stesso, simulando una forma di nevrastenia.

Questa miseria mentale può esser provocata da qualunque stimolo eccita il colon (massaggio, ecc.) ed è alleviata dai mezzi che mettono in riposo il grosso intestino, nonchè da quelli che provocano una vasodilatazione cerebrale: quindi se con uno sforzo di volontà si inizia il lavoro mentale si può poi generalmente proseguirlo con la consueta facilità, e ciò costituisce una riprova della natura vasomotoria del disturbo.

L'A. ha osservato che talora, con lo stato di miseria mentale, si alternano dei dolori a tipo segmentario, la cui origine è riferibile al colon secondo gli schemi di Head. Egli pensa che ciò dipenda da che lo stimolo si diffonde dalle vie centripete di origine simpatica alle vie sensitive esistenti nel midollo; tale diffusione è più o meno facile secondo l'intensità dello stimolo e le disposizioni del paziente. Talora è possibile abolire la depressione mentale provocando dolore in un tratto del colon più sensibile.

La diagnosi di queste particolari condizioni

patologiche è agevolata dalla palpazione del colon, sempre possibile in questi casi, con i caratteri sopra accennati, e più o meno dolorosa.

Secondo l'A. esisterebbero anche forme di *angina pectoris*, di morbo di Reynaud, d'asma, di natura vasomotoria che avrebbero origine dal colon.

DORIA.

Speciali quadri sintomatici della dispepsia.

(I. BOAS. *D. Med. Wochenschrift*, n. 42, 1922).

Il quadro clinico della dispepsia psicogena è dei più svariati. Molto frequente sarebbe però uno speciale quadro sintomatico, che l'A. riferisce che s'incontra di solito in individui nel 3° e 4° decennio e che è facile identificare per mezzo di un'accurata anamnesi. Tre sono i sintomi principali che compongono tale quadro: il senso di peso allo stomaco, il « globus » e la nausea. Il senso di peso, indipendente dalla quantità e dalla qualità dei cibi ingeriti, si manifesta spesso già al mattino, a digiuno, e di solito persiste con lievi interruzioni, per tutta la giornata. Questo senso di peso, molte volte erroneamente definito dai malati come dolore, è ostinato e dura per settimane, per mesi o per anni, con brevi intervalli liberi che però non si estendono mai a mesi come nell'ulcera pilorica. Il senso di peso persiste anche la notte soltanto in rari casi (individui estremamente nervosi). Il globus non è da considerarsi sintomo isterico, perchè i malati non presentano alcun segno di isterismo; talvolta esso coincide, talvolta si alterna con la sensazione di peso. La nausea nervosa si manifesta a tutte le ore del giorno, indipendentemente dall'assunzione di cibo, e scompare nel decubito dorsale, specialmente la notte. Si possono osservare tre forme di questa sindrome di dispepsia psicogena: essa può essere l'unico sintomo patologico, essa può accompagnare la nevrastenia generale, oppure essa può esistere accanto a lesioni organiche diverse (colelitiasi, achilia gastrica, ulcera, ecc.). La terapia è specialmente psichica. Si deve persuadere il malato che esso è in grado di digerire bene qualsiasi alimento. Sono utili le cure idroterapiche e i preparati bromici. Si deve essere prudenti con la dieta soltanto nei casi in cui accanto alla dispepsia psicogena esiste una malattia organica.

POLLITZER.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. dott. CARLO BASILE. *Diagnostica delle malattie parassitarie*. Un volume di 262 pagine con 18 tavole e 91 figure intercalate nel testo e 2 tavole a colori. — Roma, Casa Ed. Luigi Pozzi, 1923. — Prezzo L. 33.

Questo volume mi richiama ai primi anni della mia attività scientifica e più particolarmente ad una pubblicazione fatta nel giugno del 1879 sul periodico « La Medicina Contemporanea », vol. III. Questa pubblicazione era intitolata « Rivista di Parassitologia Umana ». Poichè la denominazione « parassitologia umana » suonava nuova, tentavo di giustificare il neologismo con una nota a' piedi della prima pagina. Mi si consenta di riprodurla:

« La ragione onde questa branca dei nostri studi non vien presa in giusta considerazione, si trova nel fatto che pochi ne conoscono il campo e i confini. E ciò accade perchè purtroppo manca un giornale che ne raccolga i molti lavori ch'ogni giorno vengono a luce sovra svariatissime opere o periodici di scienze mediche, veterinarie e naturali: e, ciò che non ci sembra meno deplorevole, ne manca il corso in quasi tutte le Università.

« Basta però un rapido sguardo anche a questa nostra incompleta rivista, per convincerci che il campo della Parassitologia non è troppo angusto: chè anzi il suo orizzonte va sempre più allargandosi, come ne fanno fede i più recenti studi sovra le malattie da infezione, su quelle dei paesi caldi, ecc., ecc.

« A noi sembra debbansi validamente impulsare questi studi, che non sono mere *curiositates naturales*, ma promettono, per un tempo meno lontano di molti altri, efficace soccorso ai sofferenti e preservazione di sani.

« E a noi sembra ancora che il desiderato impulso non possa venire che dai medici specialisti, ai quali soli non può mancare la lena di attingere nella storia naturale e nella veterinaria (e di questa sopratutto nella patologia comparata) le svariatissime nozioni che sono necessarie per coltivare seriamente gli studi in discorso ».

Giunto omai al termine della mia carriera, rilevo che le mie previsioni giovanili sono state di gran lunga sorpassate; che la ancor tenera pianticella di quasi mezzo secolo fa, è diventata un grosso tronco con due branche robuste: la Parassitologia animale e la Parassitologia vegetale (Batteriologia); ma purtroppo l'Italia ha avuto una parte relativamente molto modesta nella coltura e nel-

l'allevamento di questo mirabile albero. E ciò sopratutto per il motivo che il corso speciale di parassitologia, da me invocato, non venne istituito; e perciò coloro che si interessavano a questi studi erano obbligati, nello stesso tempo, a dedicare gran parte della loro attività ad altra e più vasta materia.

Si era finalmente riusciti a fare istituire qualche incarico di parassitologia e di batteriologia, ma negli ultimi anni il Consiglio Superiore d'Istruzione pubblica trovò opportuno di sopprimerli, se non tutti, quasi tutti.

L'anno scorso poi il Consiglio Superiore segnò in un certo senso la sentenza di morte della parassitologia animale, nelle sue proposte di riforma degli insegnamenti della Facoltà di Medicina.

A mio avviso, la Facoltà di Medicina è stata sapientemente organizzata nel 1859 dal Casati, coadiuvato da due personalità superiori nel campo scientifico, cioè da Matteucci e da De Filippi. La legge Casati ha dato alla Facoltà di Medicina una base granitica, risultante di un triplice strato:

1) Fisica e Chimica; 2) Botanica, Zoologia, Morfologia e Fisiologia animale; 3) Anatomia e Fisiologia umane.

Sopra questi tre strati può elevarsi qualunque edifizio e sarà certamente solido. Ove invece mancasse l'uno o l'altro, resterebbe nella base un vuoto pericoloso. In contraddizione con questi concetti, il Consiglio Superiore ha creduto opportuno di sminuire i corsi compresi nei primi due strati, aggiungendovi le parole: « applicata alla medicina ». E in modo speciale stabiliva che nel corso di Zoologia si dovrà dare ampio svolgimento alla parassitologia animale.

Se si riflette: 1) che omai tutti i professori di Zoologia sono laureati in scienze naturali, e non in medicina; 2) che agli studenti del primo anno, ai quali appunto dovrebbe venire insegnata la parassitologia, fanno difetto quelle cognizioni cliniche, che sono necessarie per apprenderla con profitto: è facile comprendere che la proposta del Consiglio Superiore non gioverà certamente all'incremento degli studi parassitologici, che pure hanno grandissima importanza pratica per i medici.

Ho voluto esporre la mia opinione in argomento, perchè nella prefazione del libro, su cui richiamo l'attenzione dei lettori, prefazione dettata da un'autorità indiscussa, cioè dal prof. Vittorio Ascoli, successore di Baccelli, si legge che « la parassitologia costituisce un campo vasto di dottrina che negli ultimi anni è stato profondamente trasformato e con molto sollievo dell'umanità coltivato ». Il collega Ascoli ha, perciò, introdotto nella Clinica da lui diretta un insegnamento « che istradasse i giovani medici alla pratica parassitologica », affidandolo al prof. Carlo Basile, che per parecchi anni si era occupato di questa materia sotto la mia guida e che si è diplomato anche alla Scuola di Medicina Tropicale di Londra.

Il prof. Basile ha raccolto recentemente le lezioni che svolge nel suo insegnamento, nel volume in discorso; è un bel volume, che fa parte della collana « *Manuali del Policlinico* ».

Io saluto con compiacenza la comparsa di questa pubblicazione, la quale dimostra la necessità di lasciare alla Clinica medica, o vicino alla Clinica medica, la Parassitologia e di continuare a svolgere la Zoologia per i medici, senza alcuna preoccupazione per i singoli parassiti dell'uomo, di cui lo studente dovrà appunto occuparsi quando sarà molto più avanti negli studi.

L'anno scorso era comparso, tradotto in italiano dall'inglese, un Manualetto che tratta la stessa materia, dovuto a due professori dell'Università di Baltimora. Questo trattatello è molto imperfetto e, se il lettore lo vorrà confrontare col manuale del Basile, rileverà subito che l'opera originale italiana lascia molto indietro quella venutaci dall'America.

Il volume del Basile è diviso in due parti: l'una tratta dei Protozoi e l'altra degli Elminti.

L'esposizione è chiara, piana ed accurata: è strettamente scientifica, ma non si smarrisce in quelle disquisizioni troppo teoretiche, di cui sovrabbondano certi manuali tedeschi nella trattazione dei Protozoi.

L'A. dimostra di essere a giorno della vasta, multiforme e complicata letteratura riguardante le malattie parassitarie, e di saperla maneggiare con competenza. V'è di più: ad ogni pagina traspare che l'A. conosce *de visu* e per lunga pratica quasi tutto quello che egli espone.

Certamente la pubblicazione del Basile riescirà di grande utilità agli studenti ed a tutti i medici colti, i quali saranno lieti di poter avere finalmente in mano un Manuale italiano con cui possono, senza difficoltà, orientarsi in argomenti molto intricati, qual'è, per citare un solo esempio, la distinzione delle varie specie di Amebe intestinali.

È particolarmente interessante il capitolo che riguarda la *Leishmania*, al quale l'A. ha portato per proprio conto un'importante contributo, dimostrando l'unicità della Leishma-

niosi infantile e canina e la trasmissione di questa malattia per mezzo della pulce del cane e dell'uomo.

L'autore si ferma anche sugli Spirocheti, tra cui il *Treponema pallidum* della sifilide. Si potrebbe osservare che omai il tentativo di comprendere gli Spirocheti tra i Protozoi è definitivamente tramontato; non si può tuttavia negare che dal punto di vista generale dell'origine del parassitismo, conviene tenerli presenti anche nella parassitologia animale.

Nei capitoli sugli Elminti l'A. tiene conto delle più moderne scoperte; così, per es., del doppio ospite intermedio del Botriocefalo lato, scoperto dal mio scolare Janiki, ora professore alla Università di Varsavia, il quale si è dimenticato di dire che avevo richiamato la sua attenzione su questo punto oscuro — al quale io stesso volevo sempre dedicarmi — per desiderio di consolarlo quando, addolorato, doveva abbandonare il mio laboratorio al principio della guerra. E poichè ai vecchi è permesso di brontolare, mi permetta il mio caro e ottimo scolaro Basile di dirgli che io avrei desiderato di leggere nel suo bel volume che il modo di far la diagnosi dello Anchilostoma colla ricerca delle uova nelle feci era stato da me indicato quando ero ancora studente di medicina, mentre il Wucherer, era nel Brasile, aveva dichiarato di non esservi riuscito.

Potrei anche accennare a piccole ammende, ma si tratta di minuzie che non val la pena di rilevare, perchè tutto sommato l'opera del Basile merita moltissimi elogi e noi dobbiamo essergliene grati. Le nostre congratulazioni vadano anche alla Casa Editrice del Cav. Luigi Pozzi, che ci ha presentato la pubblicazione del Basile in un'edizione nitida ed elegante, riccamente illustrata con figure molto precise e anche con tavole colorate.

Prof. Sen. B. GRASSI.

PROLUSIONI.

La Prolusione del Prof. Caronia.

Il 27 febbraio al Policlinico, il prof. Giuseppe Caronia, nuovo direttore della R. Clinica dei bambini della nostra Università, ha tenuta la sua lezione inaugurale alla presenza di una vera folla di autorità, di medici, di studenti e di numerose signore.

Dopo il rituale saluto alla gloriosa Facoltà medica romana l'oratore ricorda con nobili ed elevate parole il prof. Luigi Concetti, il grande Maestro scomparso che con il suo sapere, con i suoi insegnamenti, con i suoi esempi di vita ha tracciata la via luminosa da seguire. Col Fede, col Mya, col Cervesato, Concetti fu un precursore che in mezzo alla indifferenza di molti, al blando ausilio di pochissimi, volle e seppe dar vita alla giovane branca dello scibile medico e rese possibile il rapido formarsi di una scuola italiana di pediatria.

La storia di questa scienza in Italia è breve e recente e si compendia in pochi nomi fra i quali quello del Concetti che propugnò la necessità e l'importanza di essa, fino ad ottenere l'obbligatorietà dell'insegnamento; a lui molto deve la pediatria italiana poichè con entusiasmo di vero uomo di scienza seppe dar vita ad uno dei più grandi centri di coltura pediatrica, educando alla assistenza ed al culto della sacra infanzia molte generazioni di medici.

L'opera scientifica del Concetti è vasta ed a tutti è nota, l'orma indistruttibile da lui impresa nel campo della fisiopatologia infantile coi suoi studii, con le sue mirabili lezioni cliniche che consacrate in volumi sotto il modesto titolo di rendiconti si debbono considerare come veri capitoli di patologia: la morte inesorabile impedì al Concetti di vedere realizzato il suo sogno, della grandiosa nuova Clinica degna di Roma.

L'O. rivolge poscia un filiale saluto a Rocco Jemma che gli fu illuminato Maestro e guida fraterna, che oggi della pediatria italiana è la figura più rappresentativa: suscitatore di energie, Jemma ha dato vita a tre cliniche: Genova, Palermo e Napoli; uomo dalla fede ardente e dal cuore generoso egli è stato sempre presente in tutte le opere in pro' della infanzia quando non ne è stato l'animatore.

Traccia quindi i compiti della Pediatria che impropriamente viene annoverata fra le specialità come se riguardasse lo studio di un organo o sistema, mentre riguarda il periodo che dalla nascita va alla pubertà, un periodo che ha una propria caratteristica, cioè l'accrescimento, non nel senso che l'accrescimento sia fenomeno esclusivo di questa età poichè l'accrescimento è la legge della vita, ma nel senso che vi è una sostanziale differenza quantitativa e qualitativa fra il comportarsi del fenomeno in questo primo periodo della vita e i periodi successivi.

Scaturisce da ciò quanto vasti e complessi siano i compiti del pediatra che deve possedere la co-

noscenza di tutte le leggi che regolano il normale accrescimento e di tutti i fattori che ne possono turbare l'evoluzione: che deve essere all'altezza di poter risolvere i nuovi problemi che ogni giorno si presentano man mano che l'indagine si arricchisce di nuovi mezzi.

La fisiopatologia della nutrizione richiede ancora migliore conoscenza; di alcune malattie esantematiche l'etiologia, la patogenesi e la terapia sono ancora nel mistero, di altre la profilassi è incerta; vasti campi da dissodare sono ancora la tubercolosi e la eredolues, due fattori di capitale importanza per l'integrità della razza; ed un terreno ancora inesplorato è quello della endocrinologia e della costituzione.

Altro compito del medico di bambini è quello della *assistenza igienica*: in questo campo nessuna lacuna è ammissibile poichè si tratta di regolare la nutrizione, di sorvegliare lo sviluppo, di preservare la salute del bambino, di scongiurare le infermità: è un compito che preparato nel chiuso degli istituti clinici va svolto nelle famiglie, nei brefotrofi, negli asili, fra le classi ricche e le povere, fra le colte e le ignoranti.

Di pari passo va il compito *educativo* che coinvolge problemi di educazione fisica, intellettuale e morale.

L'educazione fisica che si inizia fin dalla culla ha la finalità di apprendere la coordinazione dei movimenti, di assicurare l'armonico sviluppo degli organi, di attivare la circolazione e la respirazione. Ma procede accanto allo accrescimento fisico lo sviluppo psichico: alle funzioni puramente istintive dello inizio della vita succedono gradatamente le manifestazioni più alte della psiche ed anche qui il pediatra ha una funzione importante: egli avvalendosi del prezioso ausilio materno coglie e guida le prime rudimentali manifestazioni psichiche del lattante, e regola gli istinti e le prime voglie incoscienti e capricciose.

Segue l'età dei primi insegnamenti, l'età dei perchè, l'età in cui si arricchisce il linguaggio di parole e la mente di conoscenze, l'età di preparazione alla scuola, e tocca spesso al medico intervenire per correggere difetti di linguaggio, di infondere i primi principii del lecito ed illecito, per scoprire possibili anormalità della psiche. L'età della scuola infine procura al pediatra una quantità di problemi educativi, tutto un campo in cui si fondono pedagogia e fisiopatologia, in cui il medico deve procedere vigile accanto allo educatore.

L'oratore accenna in seguito alle deficienze delle nostre Cliniche e si augura che le giovani forze che stanno al Governo intorno ad un uomo che sembra un miracolo, possano risolvere il vitale e delicato problema dell'infanzia, specie qui a Roma dove sotto il sorriso animatore della nostra Sovrana fioriscono già magnifiche opere di assistenza.

Nella attesa che mezzi più larghi siano forniti è necessario moltiplicare lo sforzo sorretti e guidati dalla ideale bellezza della nostra missione che è quella di ridare il sorriso alle labbra di una madre che ha palpitato e pianto per la vita della sua creatura ed assicurare alla Madre più grande, alla Patria, la integrità della stirpe nelle vene dei cui figli scorre il sangue più nobile che sia mai esistito.

La splendida e smagliante lezione del prof. Caronia, il quale viene a noi preceduto da fama di valoroso pediatra per quanto modesto, è stata salutata da vivi applausi, e l'oratore vivamente complimentato dai numerosi intervenuti. *g.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 17 novembre 1922.

Su di un caso di distacco spontaneo dell'epifisi superiore del femore.

G. M. Fasiani. — Una ragazza di 15 anni, sofferente da un mese di dolore progressivo all'anca destra, d'improvviso, esclusa ogni causa traumatica, cade a terra con un dolore acutissimo. L'arto inferiore di destra in posizione rettilinea è tenuto leggermente addotto e rotato all'esterno. La radiografia dimostra un distacco dell'epifisi del femore all'anca con spostamento in basso della calotta cefalica.

L'O. discute le cause per cui la grave lesione si è prodotta; esclude il trauma che non risultava affatto dall'anamnesi, esclude le malattie che possono essere causa del rammollimento o della distruzione della cartilagine epifisaria come la sifilide, la tubercolosi, l'osteomielite; esclude una rachitide tardiva come pure l'ipotesi di una alterazione dovuta a disturbi circolatori da processi embolici in vasi terminali epifisari e si avvicina nell'interpretazione del suo caso a quei processi morbosi delle epifisi dell'età giovanile, noti col nome di malattia di Schlatter, di malattia di Köhler del 2° metatarseo, di osteocondrite dell'anca, ecc.

Ricerche anatomiche in un caso di malattia di Köhler del 2° metatarseo.

G. M. Fasiani. — Ha condotto delle ricerche anatomo-istologiche su un caso corrispondente alle linee tracciate da Köhler. Il reperto di questo caso induce l'O. ad interpretare la malattia di Köhler del 2° metatarseo come una frattura della cartilagine e dell'osso subcondrale con affondamento.

Un caso di carcinoma cistico della vescica.

C. Blavet. — In un caso di carcinoma dell'epitelio polimorfo della mucosa della vescica ha rilevato che ove nel suo espandersi il tumore ha incontrato la resistenza del connettivo cicatriziale consecutivo ad operazioni precedenti si sono formate delle cisti la cui genesi si deve spiegare non colla tendenza alla distruzione degli elementi epiteliali neoformati come accade per altri carcinomi, ma colla tendenza dell'epitelio della vescica a formare cisti ogni qual volta i suoi elementi si trovino isolati nei tessuti profondi..

P. Sisto.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

NEUROLOGIA.

Simpatalgie della periferia degli arti.

Barré (*Paris médical*, 1922, n. 40) richiama l'attenzione su certe sindromi patologiche, in cui l'elemento dominante è il dolore vivissimo, a carattere di algia simpatica, che parte dalla periferia degli arti e che, mentre resiste a tutti i trattamenti, può cedere improvvisamente dopo interventi minimi. Molto spesso tali dolori vengono riferiti ad un'irritazione alta e si trascura invece l'esplorazione della zona periferica, dove hanno sede detti dolori; talvolta gli ammalati che accusavano tali dolori sono stati qualificati come isterici o neurastenici. L'A. riporta diversi casi, fra cui quello di una giovane, che soffriva da cinque anni di crisi dolorosissime alla falange terminale del dito medio, persistenti anche dopo la resezione di due nervi collaterali del dito e le iniezioni di alcool; i dolori si irradiavano a tutto l'arto superiore e fino alla metà corrispondente del collo e del tronco. L'A. aveva osservato che l'unghia era fortemente incurvata e che la pressione brusca sopra di essa determinava fortissimo dolore; tolta l'unghia, si trovò nel tessuto sottoungueale un tumoretto ovoide, tolto il quale, i dolori cessarono immediatamente e non ricomparvero. In altri casi si trattava o di analoghi tumoretti o di una intera zona periostizzata in cui la pressione provocava dolore, che scomparve dopo l'escissione di tale zona.

Non è improbabile che certe sindromi morbose dolorose viscerali siano da avvicinarsi a queste; così certe appendiciti potrebbero essere legate ad un neuroma simpatico appendicolare ,certe enteriti potrebbero dipendere da alterazioni del simpatico, che nell'intestino è tanto sviluppato. Anche alcuni casi di neuralgia facciale starebbero in relazione con un neuroma simpatico. Lo studio del simpatico, considerato finora quasi solamente dal punto di vista farmaco-dinamico, si avvantaggia dei contributi clinico-sperimentali sulle causalgie degli arti, quali ha fatto il Barré.

fil.

Il neurofibroma cervicale.

Flatau e Sawicki hanno osservato un caso di tale rara affezione in una istitutrice di 63 anni.

All'esame della malata (*L'Encéphale*, 1922, n. 10), si constatava sul lato sinistro del collo, nel triangolo sopraclavicolare, un tumore della grandezza di un uovo di oca, poco mobile, di consistenza elastica, il cui inizio doveva farsi rimontare a più anni indietro. La paz. non accusava disturbi notevoli, ad eccezione di lievi dolori al lato sinistro del collo e nell'arto superiore sinistro. Deceduta la p. per cangrena degli arti, senile, il tumore fu asportato: la forma era ovale, grande quanto un arancio, aderente alle parti vicine con un tessuto lasso; solcavano la superficie anteriore due branche nervose uscenti dal ganglio cervicale. Il tumore si prolungava verso la colonna vertebrale, passava fra i due scaleni, e penetrava infine sotto forma di un peduncolo, nel foro intervertebrale. Il tumore aveva la forma di una cisti, con una parete molto spessa, per la maggior parte formata da tessuto connettivo compatto.

Il minuto esame istologico compiuto dagli AA., portò a concludere trattarsi di un fibroma del terzo nervo cervicale sinistro, come del polo laterale del ganglio intervertebrale corrispondente. Il fibroma aveva subito un rammollimento nell'interno.

Di casi simili, la letteratura ne ricorda cinque, descritti dal Dowse, dall'Heurteaux, Zinn e Koch, Boerner, Binge e Bircher. In tutte queste osservazioni si trattava di un tumore una parte del quale si era sviluppata all'esterno della colonna vertebrale, mentre l'altra penetrava nell'interno attraverso il forame intervertebrale. L'età variava dai 14 ai 63 anni; quattro casi riguardavano uomini, due erano donne.

In quattro casi il tumore determinò una sindrome di compressione midollare. In tre casi l'intervento chirurgico portò a guarigione. La grandezza del tumore, sorgente nella fossa sopraclavicolare, varia. Il più spesso i tumori avevano struttura di fibromi. La questione del punto di partenza del tumore è controversa: è verosimile che il tumore si formi all'esterno della colonna vertebrale e che non vi penetri che secondariamente. Secondo gli AA. nei casi descritti si ha a che fare con un neurofibroma originante dal primo segmento del nervo cervicale.

È vero che la forma più conosciuta di neurofibroma (malattia di Recklinghausen) ha dei focolai multipli, ma si riscontrano anche dei focolai unici: il tumore detto ponto cerebellare ne è un esempio. L'affezione descritta può dunque classificarsi fra i neurofibromi isolati e chiamarsi « Il neurofibroma cervicale ».

MONT.

I disturbi mentali nell'encefalite epidemica.

Truelle e Petit al XXVI Congresso dei neurologi e alienisti francesi (1922) presentarono una relazione generale.

L'encefalite letargica od epidemica, consiste in una polioencefalite con perivascolarite, predominante nella sostanza grigia del mesencefalo. L'agente della malattia sarebbe secondo alcuni il diplostreptococco di Wiesner, secondo altri un virus filtrante neurotropo, molto vicino a quello dell'herpes. Clinicamente l'affezione si manifesta con una serie di sintomi e di sindromi somatiche e psichiche, polimorfe e variabili sia per intensità che per localizzazione, sia per forma che per qualità e durata, ad evoluzione aciclica, talora acuta od acutissima, il più spesso cronica e progressiva.

I sintomi psichici son vari: anzitutto viene la letargia che ha fatto dare il nome alla malattia. Si tratta di uno stato di sonnolenza vario di intensità, dalla semplice obnubilazione fino alla confusione mentale con stupore, agitazione o delirio.

Caratteristica è la variabilità: accessi di eccitazione possono alternarsi con fasi di torpore. Le allucinazioni sono frequenti: esse generano idee deliranti, polimorfe, variabili, mobili. Possono dominare la scena, le ossessioni, le fobie, le impulsioni fino al punto da far credere ad una sindrome degenerativa. I disturbi isteriformi, mutismo, crisi convulsive, attitudini bizzarre, manierismo, attitudini teatrali, sono stati segnalati da numerosi autori.

In tutti i periodi si osserva l'astenia psichica e motoria, talora costituente per mesi il solo sintoma.

Sono anche alterate l'attenzione spontanea o volontaria, l'associazione delle idee, il giudizio. È notevole il fatto della persistenza della memoria e della coscienza dello stato di psicopatia. A perturbazioni varie possono andare incontro l'affettività, l'espressione mimica, la immaginazione.

Tutti questi sintomi possono raggrupparsi in un certo numero di sindromi psicopatiche dai caratteri sufficientemente netti. La sindrome letargica non deve essere riguardata se non come un aspetto superficiale e pittoresco della malattia, poichè dietro il sonno esistono disturbi ben più profondi psichici. Le sindromi confusionali assumono il tipo sia di delirio onirico, sia di delirio acuto, sia di confusione con stupore.

Le sindromi depressive, sono abituali.

Le sindromi d'eccitazione riguardano agitazione motrice, iper-ideazioni, eccitazione verbale, ecc.

Nelle sindromi deliranti si tratta talora di delirio onirico talora di delirio sistematizzato.

La preponderanza dei disturbi motori, conferisce una fisionomia speciale alle sindromi catatoniche, ebefrenocatatoniche, parkinsoniane, pseudo paralitiche, epilettiformi.

Se entriamo nel campo delle diverse forme cliniche descritte dagli AA., vediamo da taluni notare anche le forme mentali: bisogna però convenire che esse sono rare, e che il più spesso esse si associano a disturbi organici, per costituire le forme psico organiche.

Quel che dunque caratterizza i disturbi mentali dell'encefalite epidemica, è in uno con la loro ricchezza ed il loro polimorfismo, la loro mutabilità, la loro variabilità, onde è facile ritenere i malati dei simulatori.

Permettono però di identificarla: la coesistenza di disturbi organici, il monotono e stereotipo ritorno di un carattere particolare, la persistenza della coscienza, l'esasperazione vesperale dei disturbi deliranti e psicomotori.

Per la prognosi, secondo alcuni AA., sono indici di particolare gravità lo stupore confusionale persistente associato alla rigidità parkinsoniana, l'agitazione incoercibile e continua, l'insonnia tenace.

La terapia è finora empirica: ascessi da fissazione, uroformina, puntura lombare, autoemoterapia, balneoterapia.

MONT.

Trattamento di alcune sequele della encefalite epidemica.

Contro le manifestazioni della encefalite epidemica a tipo cronico, è stata consigliata la urotropina a dosi decrescenti da 2 ad 1 grammo; tale medicamento, con le iniezioni sottocutanee di essenza di trementina, costituisce la base del trattamento; sarà opportuno aggiungervi la rivulsione alla colonna vertebrale e l'idroterapia tiepida. (L. Cheinisse: *Presse médicale*, 1922, n. 44). Fra le sequele propriamente dette, hanno particolare importanza i sintomi parkinsoniani e le mioclonie; contro di essi vengono consigliate le iniezioni endovenose del liquido cefalo-rachidiano dello stesso paziente; se ne estraggono 10 cmc. che si iniettano subito nella vena cubitale, ripetendo la manovra ad intervalli di 5-7 giorni. Nei casi più lievi, se ne fanno quattro, nei più gravi fino a sette.

In tre casi di mioclonie ed in uno di sindrome parkinsoniana, consecutivi alla encefalite, Piticariu, che è il preconizzatore del metodo, ha ottenuto risultati incoraggianti, che non vanno attribuiti alla semplice puntura lombare. Si è notata nei mioclonici la notevole di-

minuzione nel numero e nell'ampiezza delle scosse, che si attenuarono fino a scomparire; nel parkinsoniano, i disturbi dell'equilibrio, la propulsione, la retropulsione, i tremori scomparvero del tutto dopo sette iniezioni e la rigidità venne notevolmente attenuata. Tentativi dello stesso genere erano stati fatti da altri, con discreto successo; nella quasi impotenza in cui il medico si trova davanti a questi malati, non sarà male tener presente anche questo metodo, che si presenta più razionale dal punto di vista teorico che non le iniezioni di siero di convalescenti preconizzate contro l'encefalite in piena evoluzione.

fil.

La canapa indiana.

Della canapa indiana, quale rimedio contro il dolore sia fisico che morale, ritroviamo traccia in un trattato di botanica cinese del XV secolo avanti l'era nostra, nel quale era specificata l'azione della canapa, utile per sopprimere la sensibilità durante un'operazione chirurgica. Di essa più tardi parlano Erodoto e Diodoro di Sicilia. Tutti i popoli dell'Oriente conoscevano ed usavano le sue virtù inebrianti, e ad essa diedero il nome di «haschisch» cioè di «erba per eccellenza». Con essa i sacerdoti stimolavano l'entusiasmo dei neofiti, con essa ubriacavano nei loro sanguinari riti, le vittime, con essa preparavano filtri speciali.

Molto più in qua, l'intossicazione con la canapa trova partigiani nella scuola romantica: Balzac, Gérard, Delacroix, Baudelaire.

Come agente terapeutico la canapa è segnalata da S. Ildegardo che la vanta come topico nelle ulceri, nelle ferite, nei raffreddamenti dello stomaco. Deleboë Silvio la sua nell'ittero, Linné come narcotico, Murray come afrodisiaco.

Dopo la spedizione di Bonaparte in Egitto, la canapa indiana fu studiata con rigore scientifico da Moreau, da Tyrel, Lewis Jones, Pusinelli, Sée, Mackenzie, ed altri numerosi che conobbero l'utile azione della pianta in discorso contro gli eccitamenti maniaci, contro il delirium tremens, l'emicrania; nella psicastenia, nella neurastenia Marie, Meunier, De Fleury, constatarono effetti dannosi. L'analisi chimica ha stabilito (Léclerc: *La Presse médicale*, n. 92, 1922) nella canapa la presenza di due alcaloidi (cannabinina-tetanocannabina), di un glucoside (cannabina), di una resina amorfa, di un olio etereo, di una canfora — cannabinol — che sarebbe il solo principio rappresentante la totalità delle proprietà farmaco-dinamiche della pianta. Secondo le ricerche del Richet, Meunier, Binet, l'haschisch sarebbe essenzialmente un veleno delle circonvoluzioni cerebrali.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, le applicazioni terapeutiche della canapa indiana sono molto più ridotte di quel che non lo facessero prevedere i primi esperimenti: il suo impiego in psicoterapia è ancora troppo incerto e di una tecnica troppo delicata. Può rendere servigi come ipnotico in malati il cui cuore è indebolito, la cui permeabilità renale lascia a desiderare, i cui polmoni sono congestionati, in tutti quei casi in cui l'oppio è contro indicato. È anche un buon sedativo nelle affezioni spasmodiche delle vie respiratorie, come analgesico nei fenomeni dolorosi che determinano le gastropatie sine materia. Trova indicazione il suo uso nelle malattie dell'apparato genito urinario, nelle nevralgie, nei tics dolorosi del viso, e specialmente nelle emicranie alle quali vanno soggette le donne neuroartritiche.

Le sue composizioni si alterano però facilmente: vanno adoperati solo gli estratti molli, gli estratti fluidi, le tinture provenienti dalla pianta fresca. Praticamente si dovrà incominciare da dosi quasi omeopatiche, per saggiare la variabile suscettibilità.

MONT.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 8796:

Il volume di PAUCHET, SOURDAT, LABAT dal titolo *L'Anesthésie régionale*, 3ª ediz., è edito da Gaston Doin, 8, Place de l'Odéon, Parigi, anno 1920.

L. D.

Al dott. P. Melletti, Cingoli:

Non conosco tesi o monografie recenti sulla *Dilatazione gastrica acuta postoperatoria*. Ma esistono numerosi lavori sull'argomento pubblicati nella *Presse Médicale*, nel *Journal de Chirurgie*, nel *Surgery Gynecology and Obstetrics*, ecc., che ella può consultare.

L. D.

All'abb. n. 2405:

Consulti: Levi-Bianchini, *L'isterismo;* Babinski, *Hystérie, Pithiatisme et Troubles nerveux d'ordre réflexe;* Donald E. Core, *Functional Nervous desorders;* Brener und Freud, *Studien über Hysterie.*

dr.

All'abb. n. 3970:

Di *manuali di piccola chirurgia* in italiano ancora non ne possediamo; posso consigliarle «Tuffier et Desfossès» «Petite chirurgie prati-

que », edito dal Masson, di Parigi, in cui troverà tutti quei consigli pratici che le abbisognano.

I. M.

Al dott. G. B., Alb. d'Adige:

Per schiarimenti sull'apparecchio per torancentesi combinata, si rivolga direttamente all'Autore.

Abbiamo già risposto al quesito dell'albumina non precipitabile nell'Esbach.

t. p.

VARIA

Condizione giuridica dei medici negli Stati Uniti d'America.

Ivi, accanto ai medici diplomati da vari istituti, non di Stato, sorgono le varie sette mediche, degli osteopatici, dei chiropatici, degli omeopatici, di quelli che guariscono col magnetismo, senza medicine, degli scientisti, ecc., le quali tutte seguaci del sistema di uno strano fondatore, diffuse da pochi fanatici, si mantengono in vita più o meno a lungo divenute strumento di lucro di numerosi ciarlatani, e finalmente decadono.

I vari Stati concedono licenze di esercizio agli uni e agli altri, generalmente in seguito al responso di commissioni di esame, diverse per ogni sistema medico: così può il pubblico erroneamente ritenere che ogni sistema ammesso sia garantito dallo Stato come efficace ed utile.

F. Green discute nel *Journ. A. M. A.* del 23 settembre 1922 i motivi che giustificano l'intervento dello Stato nel regolare l'esercizio medico. Non v'è dubbio che da un punto di vista amministrativo lo Stato possa e deva controllare l'attività dei singoli individui, e quindi anche quella dei medici: ciò rientra nelle normali funzioni di polizia. Dubbio è invece se, assumendo paternalisticamente la difesa dei singoli cittadini, col proibire loro di servirsi di certi metodi di cura, li consideri alla stregua dei bambini e dei deficienti.

È più esatto il concetto che il riconoscere chi è idoneo alla cura degli infermi sia un problema che riguarda la pubblica istruzione, e da sottoporsi quindi alla competente autorità statale: così accade nello Stato di New York e nell'Illinois.

Le leggi restrittive, più che una difesa della ristretta classe medica, vanno considerate come una difesa che i cittadini stessi nel loro interesse richiedono: ne consegue che le spese necessarie al controllo dell'esercizio medico dovrebbero gravare su tutti i cittadini e non sui soli medici.

R. D.

L'opera della Fondazione Rockefeller in Cina.

La Fondazione Rockefeller possiede un suo speciale ufficio medico per la Cina: esso ha dato nello scorso anno 125.000 dollari ad ognuna delle due scuole mediche di Nanking e di Tientsin, per la costruzione e l'arredamento di istituti scientifici. Entrambi tali scuole sono un esempio eccellente di quanto possono ora fare i cinesi da soli, essendo in mano ad essi la direzione e l'insegnamento. È necessario però provvedere altresì all'educazione premedica in modo da preparare i giovani allo studio della medicina: su tale problema ha fatto recentemente delle indagini e delle proposte il prof. P. Monroe dell'Università di Columbia.

In dieci anni, da quando funziona l'accennato Ufficio medico, la medicina in Cina ha fatto notevoli progressi; lo stesso popolo si interessa alla medicina occidentale, all'igiene ed è ben fondata la speranza che esso entri in possesso di un completo sistema della medicina. A tale futuro sistema intende il Collegio medico di Pechino (*Peking Union Medical College*) che cerca di adattare l'istruzione medica alle condizioni locali, conservando anche nella linea esterna degli edificî scientifici la caratteristica cinese. Tale collegio è sovvenzionato dal nominato Ufficio medico, che ha dato per l'esercizio 1921-22 dollari 1,418,989 per la scuola e l'ospedale oltre a 600,000 dollari per le spese di esercizio.

Fra i 90 componenti la facoltà, 47 erano americani od europei, 43 cinesi, che avevano in gran parte compiuto i loro studi in Inghilterra ed agli Stati Uniti; molte personalità scientifiche vi andarono per tenervi insegnamenti, fra cui A B. Macallum, Harry R. Slack, D. Von Slyke ed altri.

Sussidi diversi vennero pure dati ad altre scuole mediche, fra cui al Collegio Hunan-Yale, Scuola cristiana di medicina a Shantung, Scuola medica a Shangai; il decano del Collegio Hunan-Yale è un cinese che gode la stima dei cinesi e degli stranieri; il corpo insegnante è composto di sei cinesi e di sei stranieri.

Vennero inoltre forniti aiuti agli ospedali, per l'istruzione ai medici, alle infermiere, per impiantare librerie. In Cina, come anche altrove, l'ospedale, anche se non connesso con una facoltà medica, ha notevole importanza come funzione educativa. Nel 1921 a 16 ospedali vennero dati 123,986 dollari.

fil

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

La educazione fisica delle nuove generazioni.

La deliberazione approvata in questi giorni dal Consiglio dei Ministri, per la educazione fisica degli alunni delle scuole medie, se sarà eseguita con sufficienza di mezzi e con fervore di apostolato, costituirà forse uno dei provvedimenti di politica sanitaria più utili ed efficaci dalla costituzione del Regno.

Il compito è arduo; si devono vincere diffidenze, inconsapevolezze, pregiudizi, consuetudini di vita e talvolta tendenze individuali alla inerzia; ma se l'azione non sarà burocratizzata, se ad essa parteciperanno insegnanti e medici e associazioni private, con vera convinzione e con opera metodica e costante, il tentativo non fallirà.

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato la costituzione di un *Ente nazionale per la educazione fisica*, retto da un Comitato che sarà presieduto dal senatore Mangiagalli. L'ente disporrà di un primo fondo di quaranta milioni, che sarà distribuito in tre o quattro esercizi, per la costruzione, in tutte le sedi di istituti di istruzione media, di vasti campi sportivi, di palestre ben attrezzate, con bagni, docce, ecc.

Si prevede che nel primo anno saranno costruite cinquanta palestre e che la organizzazione possa essere completata nel corso di un quinquennio.

La educazione fisica sarà obbligatoria per gli alunni. Ma è necessario che sia anche *sentita* e che sia estesa alle classi popolari — le quali potrebbero giovarsi delle stesse palestre in determinati giorni — e sia integrata da istituzioni analoghe nei Comuni che non sono sede di scuole medie.

A questo genere di esercizi, specialmente per le loro manifestazioni coreografiche, il pubblico finisce per interessarsi; la manifestazione esteriore è il mezzo più sicuro di penetrazione.

Ma l'opera dell'Ente sarà sterile se non potrà svolgersi in condizioni di ambiente adatte o preparate ad acquisirla, le quali possano farne una forza di realizzazione.

L'obbligo formale vale poco. È decisiva l'azione locale, spontanea, animata da volontà e da passione. A questa azione possono partecipare, con efficacia singolare, i medici e specialmente gli ufficiali sanitari; il Governo ha saputo rendersene subito conto, affidando la direzione dell'ente ad un medico illustre. Spetta alle associazioni di promuovere e coordinare le iniziative dei singoli, secondo le direttive dell'ente Nazionale, il quale curerà certamente di stabilire larghi contatti di collaborazione.

Il medico non dovrà soltanto vigilare l'osservanza delle norme igieniche durante le esercitazioni ed esaminare le condizioni degli alunni per adeguare ad esse gli esercizi più utili, ma dovrà agire anche come elemento animatore e propulsore perchè l'opera dell'ente abbia il più largo sviluppo nel campo popolare.

Dichiarazioni ministeriali per l'assicurazione contro le malattie.

Il Ministro del Lavoro, on. Cavazzoni, ricevendo una Commissione del Sindacato medico fascista di Roma, ha detto che presenterà un progetto di assicurazione contro le malattie ispirato a *criteri di libertà e di praticità*.

Ha soggiunto il Ministro che non intende risolvere, in occasione delle assicurazioni, il problema della sistemazione delle Opere Pie e che si preoccupa «di non scuotere *di un tratto* tutta l'organizzazione sanitaria del Paese e di avviare una sistemazione tale che renda possibile la graduale evoluzione degli attuali ordinamenti nell'*ambiente delle nuove direttive dell'assistenza sociale*».

Ma l'evoluzione graduale presuppone una concezione organica di tutto il problema dell'assistenza sanitaria e un correlativo avviamento, che esorbitano dalla competenza esclusiva del Ministero del Lavoro.

Circa gli organi dell'assicurazione, il Ministro ha detto che intende favorire le istituzioni mutue esistenti; ma ha evitato maggiori delucidazioni di dettaglio, soggiungendo che il momento non è ancora maturo per un esame dei particolari.

Il Ministro non ha detto se la riforma sarà attuata in forza dei pieni poteri o se il relativo progetto sarà presentato al Parlamento. Questa delucidazione è importante ai fini della tempestività di un'utile collaborazione anche dei sanitari in materia così delicata che tocca, in ogni ipotesi, sia pure indirettamente, tutto il sistema dell'assistenza sanitaria.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Una proposta modesta ma opportuna.

La legge recentemente promulgata per la repressione del commercio illecito delle sostanze stupefacenti è rigorosissima.

Ma i cocainomani e gli speculatori tenteranno con ogni mezzo di sfuggire ai freni preventivi. Uno degli espedienti più banali, ma relativamente facile nelle grandi città, è la presentazione di una ricetta falsa. Il caso è già accaduto. Per evitare che il farmacista sia esposto a responsabilità penali e che per sua tranquillità, non conoscendo la firma del medico, rifiuti la spedizione di ricette, la quale può essere anche necessaria ed urgente, è opportuno che d'accordo fra gli Ordini interessati si provveda nelle grandi città alla formazione di un albo contenente la firma autografa dei sanitari esercenti nel Comune, in modo che tutte le farmacie possano averne una riproduzione per controllare l'autenticità della sottoscrizione delle ricette.

QUESTIONI PRATICHE.

XIII. — Limiti dell'obbligo della iscrizione nell'albo dei sanitari.

Il dottor Cuccaro, congedato dal grado di sottotenente medico a datare dal 29 gennaio 1922, partecipava già al concorso per l'ufficio di medico condotto del comune di Amendolara.

La Commissione espresse il suo giudizio il 9 gennaio; sicchè al tempo della chiusura del concorso egli era ancora ufficiale medico. Non avendo presentato il certificato di iscrizione nell'albo, fu dedotta in sede giurisdizionale la illegittimità della nomina. Ma la IV Sezione, con decisione 17 novembre 1922, n. 535, respinse tale deduzione, stabilendo i seguenti criteri per l'applicazione dell'art. 3 della legge 19 luglio 1910, n. 455:

a) il sanitario impiegato nelle pubbliche amministrazioni, in quanto esercita la professione nei rapporti del suo ufficio, non è soggetto alla ingerenza dell'Ordine e quindi egli non è obbligato alla iscrizione nell'albo, se la sua attività professionale è limitata alla prestazione dell'opera che è oggetto del rapporto di impiego pubblico;

b) sebbene la legge si riferisca espressamente ai sanitari iscritti nei ruoli organici di pubbliche amministrazioni, la norma che esclude l'obbligo della iscrizione si deve applicare anche agli ufficiali medici di complemento, i quali si trovano alle dipendenze dell'amministrazione militare alla pari degli ufficiali medici effettivi « onde non vi sarebbe ragione — dice la sentenza — di escludere i primi dal beneficio della legge »; pertanto, non sono tenuti alla iscrizione i medici che prestano servizio in qualità di ufficiali di complemento;

c) la disposizione dell'avviso del concorso, che prescrive la presentazione del certificato di iscrizione nell'Ordine dei medici deve essere interpetrata in relazione alla legge; quindi, non si applica in confronto di coloro che, per legge, non sono tenuti alla iscrizione.

Questa decisione è importante perchè risolve la vecchia questione relativa all'obbligo della iscrizione in confronto dei sanitari dipendenti da pubbliche amministrazioni.

Si è sostenuto, anche in conformità di una determinazione votata dal Senato quando fù approvato l'art. 3 della legge, « che i sanitari impiegati pubblici debbano anch'essi concorrere a far parte dell'Ordine, rimanendo però salva la esclusione di ogni ingerenza dell'Ordine stesso nei rapporti fra detti sanitari e le amministrazioni dalle quali dipendono ».

Ma la IV Sezione del Consiglio di Stato afferma che non sono obbligati alla iscrizione i sanitari che prestano la loro opera alla dipendenza di amministrazioni pubbliche.

È questa, per quel che mi risulta, la prima decisione che, in sede di giurisdizione amministrativa, stabilisca un criterio limite tassativo in tal senso.

La Corte di cassazione, 1ª Sezione penale, con sentenza 15 giugno 1915 — ric. Caracciolo — aveva adottato una risoluzione alquanto diversa o meno esplicita.

È detto, fra altro, in questa sentenza: « Per effetto della disposizione dell'art. 3 *i sanitari che vogliono esercitare la professione, siano o non* dipendenti da pubblica amministrazione, *devono* essere iscritti nell'albo, ma i sanitari iscritti anche nel ruolo organico di una pubblica amministrazione sono soggetti alla disciplina dell'Ordine soltanto per ciò che riguarda il libero esercizio, senza che l'Ordine possa esercitare alcuna ingerenza nei rapporti dei sanitari con la pubblica amministrazione e molto meno sospendere o far cessare di suo arbitrio tali rapporti ».

Si trattava in quel caso di un medico condotto che era stato sospeso dall'esercizio professionale, con provvedimento dell'Ordine, e che era stato condannato per esercizio abusivo, avendo frattanto prestato opera professionale per il servizio di condotta.

La Corte di cassazione annullò senza rinvio la sentenza di condanna, dichiarando che l'Ordine non poteva sospendere legittimamente il

medico condotto dall'esercizio delle sue funzioni inerenti all'impiego; ma, in linea di massima, quel giudicato sembra più vicino al principio che considera *obbligati ad iscriversi* anche i sanitari che esercitano alla dipendenza di una pubblica amministrazione; mentre la decisione 17 novembre 1922 della IV Sezione del Consiglio di Stato ha adottato un criterio limite preciso, nel senso che il sanitario non è obbligato ad iscriversi « in quanto esercita la professione nei rapporti del suo ufficio ».

Come si è detto, la risoluzione della Corte di Cassazione non è netta e tassativa.

La questione non si può considerare definitivamente risoluta e merita un ulteriore esame da parte degli organi giurisdizionali, specialmente a scopo di precisazione.

Altra volta ne feci trattazione diffusa, nel periodico « Vita Sanitaria »; in questa nota, che ha scopo principalmente informativo della recente decisione della IV Sezione e dello stato della controversia, mi limito a soggiungere che a me sembra più corretta la interpretazione che estende l'obbligo della iscrizione a tutti coloro che esercitano *attività professionale*, liberamente o come prestazione verso pubbliche amministrazioni, eccettuata soltanto la *ingerenza* dell'Ordine nei rapporti fra il sanitario e l'amministrazione.

Se l'impiego ha per oggetto — come nel caso dei medici condotti — l'esercizio della professione di medico chirurgo, cioè la prestazione di assistenza sanitaria — la iscrizione è obbligatoria. Infatti, l'art. 3 della legge dispone che « la iscrizione è richiesta come condizione per l'esercizio della professione » e soggiunge: « però i sanitari che abbiano qualità di impiegato sono soggetti alla eventuale disciplina dell'Ordine soltanto per ciò che riguarda il libero esercizio, esclusa ogni ingerenza dell'Ordine stesso nei rapporti dei sanitari con le pubbliche amministrazioni ».

La redazione dell'art. 3 non fu certamente felice e non meno equivoca fu la discussione che se ne fece alla Camera ed al Senato; ma la interpetrazione che meglio risponde al testo e alla finalità della legge e ad esigenze pratiche, è quella che estende l'obbligo a tutti i sanitari che esercitano opera professionale, liberamente o alla dipendenza di amministrazioni pubbliche.

XIV. — Criteri di giustizia nel giudizio delle Commissioni per i concorsi.

Condizione essenziale di giustizia nei concorsi, anche nella fase preliminare del procedimento, cioè in quella riservata alla Commissione, è la più assoluta uguaglianza di trattamento per tutti i concorrenti.

È utile segnalare un caso, recentemente deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato (sentenza 22 settembre 1922, n. 861) per dimostrare il rigore che deve guidare le Commissioni. Il Comune di Parma aveva bandito un concorso per la nomina del medico condotto e, nell'avviso, aveva richiesto la presentazione del diploma di laurea, senza accennare al relativo certificato comprovante il numero dei punti riportati nell'esame. Uno dei concorrenti produsse anche tale certificato e la Commissione giudicatrice del concorso stabilì, come uno *dei criteri di massima per giudicare del merito dei concorrenti*, il punto dell'esame di laurea.

Ma la IV Sezione considerò illegittimo questo criterio, perchè esso « portava alla conseguenza di calcolare il punto della laurea soltanto per quei concorrenti che avessero per avventura creduto di presentare il relativo certificato, senza tener conto di tale titolo per gli altri concorrenti che, in mancanza di esplicita e formale richiesta nel bando di concorso ,non avessero pensato a munirsi di tale certificato ».

È da notare che, nel caso deciso, non si trattava di formare una graduatoria vera e propria, sicchè il Comune dovesse scegliere per ordine di merito; ma la Commissione pronunciava un giudizio che aveva prevalentemente valore di dichiarazione d'idoneità (27 %) salvo al Comune il diritto di scegliere fra gli idonei senza essere costretto a seguire necessariamente l'ordine di merito. Questa caratteristica del concorso per la nomina dei medici condotti dà maggiore importanza alla massima che si può ricavare da quella decisione, in rapporto a tutti i concorsi, e specialmente a quelli che sono decisi sulla base di una graduatoria di merito. In materia così delicata il rigore è necessario, specialmente se si considera che tanta parte della valutazione del merito è dimessa al criterio discretivo delle Commissioni.

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde** direttamente per lettera. I quesiti debbono essere **inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo** per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente **alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14, Roma (6).**

Ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini si risponde gratuitamente.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

VIII Congresso Federale degli Ordini dei Medici.

Nei giorni 28, 29 e 30 aprile p. v. si riunirà a Roma l'VIII Congresso degli Ordini dei Medici.

L'ordine del giorno e la sala nella quale avverranno le riunioni saranno comunicati prossimamente.

Nel Sindacato Medico di Roma.

Il Consiglio direttivo del Sindacato si è riunito la sera del 28 febbraio ed ha approvato un ordine del giorno in cui si stabilisce l'incompatibilità di appartenenza dei soci ad altri Sindacati politici od apolitici e l'esclusione rigorosa di coloro che abbiano fatto propaganda antifascista. Fu discussa ed approvata la relazione dei consiglieri Nicoletti e Giorgi su alcune richieste dei Medici di Marina e fu demandata ad una Commissione il disbrigo della questione presso i competenti Ministeri.

Il consigliere Pestalozza riferì sulla questione della Scuola Odontojatrica e potè assicurare che il nuovo progetto non lederà gli interessi dei medici in quanto, come per il passato, saranno abilitati all'esercizio odontojatrico soltanto i laureati in medicina e chirurgia.

Il segretario prof. Fioretti riferì che il Sindaco ha accolto benevolmente il memoriale presentato dalla Commissione del Sindacato nell'interesse dei Medici municipali in riguardo alla progettata riforma dei servizi.

Circa la questione ospitaliera, il Consiglio direttivo ritenendo che la commercializzazione degli Ospedali condurrebbe ad una modificazione completa dello spirito e delle finalità degli ospedali stessi, mentre d'altra parte non risanerebbe il grave *deficit* del bilancio, ha deliberato di patrocinare presso le autorità tutorie il concetto che l'Assistenza ospedaliera sia riservata solo alle classi economicamente bisognose.

Il segretario ha quindi riferito sui colloqui avuti dalla Commissione per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie con S. E. Cavazzoni e con S. E. Gay; colloqui che hanno chiarito le direttive generali del progetto che il Governo intende presentare. Il Consiglio direttivo si è interessato della situazione dei Medici delle Cliniche e degli Istituti scientifici in rapporto alla loro posizione morale ed economica ed a tale scopo ha stabilito di studiare il complesso delle questioni che toccano l'ordinamento ed il funzionamento degli Istituti Medici Universitari.

Ha quindi deliberato un voto di plauso al dottor Guido Liebmann, vice-segretario politico del Fascio romano, per la valida cooperazione e per l'ausilio che presta al Sindacato.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Sull'uso delle sostanze coloranti per i prodotti alimentari.

In occasione della pubblicazione del R. decreto 7 gennaio 1923, n. 76, che disciplina l'intera materia dell'impiego dei colori nelle sostanze alimentari ed in vista della prossima emanazione di un decreto-legge, d'iniziativa del Ministero per l'Industria ed il Commercio sulle conserve alimentari preparate con sostanze vegetali, la Direzione generale della Sanità pubblica ha ripreso in esame quella parte della legislazione sanitaria che disciplina l'importante materia degli alimenti, per accertare se i due nuovi decreti ed in ispecie il secondo fossero per avventura in contrasto con le vigenti disposizioni.

Una attenta disamina degli articoli 10, lettera *c*, del Regolamento sanitario 3 febbraio 1910, n. 45, e 130 del Regolamento per la vigilanza igienica 3 agosto 1890, n. 7045, ha permesso di concludere che l'uso dei colori innocui anche nelle sostanze e nelle conserve naturalmente colorate, non può considerarsi vietato in modo assoluto dalla nostra legislazione sanitaria, quando la colorazione sia diretta soltanto a rendere più facilmente commerciabile il prodotto e non già a mascherarne fraudolentemente la cattiva o scadente qualità.

E pertanto in data 24 febbraio 1923 è stata inviata una Circolare ai Prefetti del Regno affinchè, a cura delle dipendenti autorità sanitarie si proceda a termini di legge soltanto in quei casi in cui la colorazione di conserve alimentari, anche se effettuata con colori innocui, sia inteso a nascondere prodotti adulterati o in cattivo stato di conservazione.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 10 del 1923):

(Milano):

Dott. Marzagalia (Casalpusterlengo)	»	10 —
Dott. Gazzaniga (Cavenago)	»	20 —
Dott. Ciancarelli (Borghetto)	»	15 —
Dott. Medda Marongiu (Graffionano)	»	10 —
Dott. Maffino (Lodi)	»	25 —
Dott. Ortuani (Spino d'Adda)	»	70 —
Dott. Brandazza (S. Stefano Lodigiano)	»	10 —
Dott. Passerini (Lodi)	»	20 —
Dott. Cesari (Melati)	»	10 —
Dott. Cauzzi (Brembro)	»	10 —
Dott. Mombardi (Casella Landi)	»	20 —
Dott. Maggi (Montanaso)	»	10 —
Dott. D'Artemio (Quartiano)	»	10 —
Dott Rai (S. Martino)	»	10 —
Dott. Gallina (Codogno)	»	10 —
Dott. Peia (Milano)	»	25 —

Dott. Arlotta (Milano) . . . . » 25 —
Dott. Campiglio (Milano) . . » 25 —
Dott. De Betta (Milano) . . . » 10 —
Dott. Poli (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Rovida (Milano) . . . . » 25 —
Direzione Medica Stomatologica (Milano) . . . . » 100 —
Dott. Mori (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Caini (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Caselli (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Beltrame (Milano) . . . » 10 —
Dott. Baggio (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Messina (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Ballardini (Milano) . . . » 10 —
Dott. Politi (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Rossi (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Baratieri (Milano) . . . » 10 —
Dott. Ponti (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Manfredi (Milano) . . . » 10 —
Dott. Greco (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Monti (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Cattoretti (Milano) . . . » 10 —
Dott. Gallini (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Vanti (Milano) . . . . » 20 —
Dott. Casarotto (Milano) . . . » 20 —
Dott. Beratti (Milano) . . . . » 100 —
Dott. Guturriez (Milano) . . . » 10 —
Dott. Sanna (Milano) . . . . » 150 —
Dott. Caponago (Milano) . . . » 15 —
Dott. Vassallo (Milano) . . . » 10 —
Dott. Marconi (Milano) . . . » 10 —
Dott. Albertini (Milano) . . . » 20 —
Dott. Castelli (2° versam.) (Villongo) . . . . » 80 —
Dott. Vitali (Treviglio) . . . » 15 —
Dott. Zampetti (Tagliolo) . . . » 25 —
Dott. Nigrisoli (Bergamo) . . . » 100 —
Dott. Sfondrini (Albisio) . . . » 50 —
Dott. Sandrini (Tavernola) . . . » 50 —
Dott. Conte Roncalli (Bergamo) . » 100 —
Dott. Pavesi (Asso) . . . . » 100 —
Dott. Ciceri (Gravedona) . . . » 80 —
Dott. Petrucci (Lovere - Lago di Iseo) . . . . » 150 —
Col. P. A. S. D'Amico (Bergamo) » 50 —
Dott. Rebuschini (Besozzo) . . . » 50 —
Dott. Polastri (Valbruna) . . . » 30 —
Prof. Besta (Milano) . . . . » 80 —
Cap. Med. Vendra (Po) . . . . » 80 —
Dott. Cavagnis (Fuipiano) . . . » 10 —
Dott. Pernicotti (Alzate Brianza) . . . . » 30 —
Brig. Gen. P. A. S. Tommasina » 25 —
Ten. Col. P. A. S. Vardeu . . » 50 —
Cap. Med. Pellegrino . . . . » 75 —
Ten. Med. Sadretti . . . . » 70 —
Cap. Med. Fraticcioli . . . . » 100 —
Cap. Med. Pettazzi . . . . » 32 —
Cap. Med. Pecco . . . . . » 100 —
Cap. Med. Nitti . . . . . » 80 —
Magg. Med. Bracco . . . . » 100 —
Cap. Dall'Ovo . . . . . . » 100 —
Dott. Menatti (Treviso) . . . . » 80 —

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANDRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Aiuto chirurgo effettivo; L. 3600 lorde senza altra indennità, vitto giornaliero completo, stanza d'alloggio Scad. 31 marzo.

CAPRANICA (*Roma*). — A tutto il 25 marzo; lire 7000 per 2000 pov.; 5 quadrienni decimo; addiz. L. 1.50; L. 300 uff. san. Serv. entro 15 giorni.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — L. 9000 per 1500 pov., L. 3000 cav. (ovvero fornitura diretta), doppio c.-v., L. 100 (*sic*) per uff. san.; quattro quinq. dec. Ab. 3100, di cui circa 500 pov. Scad. ore 17 del 25 marzo. Età limite 40. Serv. entro 15 giorni.

CASTEL CAMPAGNANO (*Caserta*). — L. 6000 e quinquenni decimo, oltre L. 100 (*sic*) uff. san. Età lim. 40. Scad. mezzogiorno del 10 apr. Il Cons. Com. ha approvato un aumento di L. 1000.

CESENA (*Forlì*). — Scad. 31 mar. Tre cond.; lire 7500 e 10 bienni ventesimo, addiz. L. 2 sopra 1000 pov., L. 2000 cav., eventualmente c.-v.

CESENATICO (*Forlì*). — Scad. 5 apr. Medico chirurgo primario e direttore dell'Ospedale; L. 10,000 e 10 bienni ventesimo; prima indenn. caro-viv. e metà della seconda. Soli poveri. Chiedere annunzio.

COLBORDOLO (*Pesaro e Urbino*). — Scad. 31 mar. Età lim. 40. L. 7000 per 500 pov.; addiz. L. 3; cinque quadrienni decimo; c.-v.; L. 3000 cav.; lire 800 uff. san. Chiedere avviso.

CONEGLIANO (*Treviso*). — I e II Riparto. A tutto 31 marzo. L. 6000 e 5 quinquenni decimo; fino a 1000 pov., L. 2 addizion., L. 2500 per mezzo trasp., due c.-v.; assicuraz.

FORCE (*Ascoli Piceno*). — Al 31 marzo. Ab. 3737. L. 10,500, c.-v. e quinquenni; per uff. san. L. 500. Vedi fasc. 11.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª cond. residenziale; scadenza sessanta giorni dal 1° marzo; età limite 45. L. 7000 oltre le indennità c.-v. Chiedere annunzio.

GIOVE (*Perugia*). — A tutto il 31 marzo; L. 9000 e 3 quinq. decimo; 1 c.-v. Età limite 45. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 15 apr., per Ponte a Signa; L. 6000 e 8 trienni dec.; c.-v. con limitazioni; L. 1500 spese trasp. Ab. 4450, di cui 1250 pov. Età lim. 39. Voto di laurea. Chiedere annunzio.

MONTALTO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 31 mar. Per Porchia L. 5500 residenziali e L. 1000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 2.50; c.-v. in L. 2400; per disag. resid. L. 1300; cavalc. provveduta dal Comune.

QUERO (*Belluno*). — Scad. 31 mar. L. 6000, c.-v e mezzo trasp. Rivolgersi Municipio.

SESSA CILENTO (*Salerno*). — Scad. 31 mar.; lire 3000 residenziale, L. 1000 prime 100 fam. povere, L. 200 ogni 10 fam. successive, L. 500 uff. san., L. 1500 cav., 4 quinquenni decimo, un c.-v.

SUVERETO (*Pisa*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 6000 e 4 quinq. decimo, L. 700 poveri a oltre 1 km. dall'abitato, primo c.-v. e metà della seconda.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. prof. Rinaldo Cassanello, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Spezia, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia, per benemerenze professionali.

Il dott. Maurizio Morpurgo, residente a Nagh-Hamadi (Alto Egitto), è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, in riconoscimento delle sue benemerenze coloniali.

Su proposta del Ministero della Guerra ed in considerazione di particolari benemerenze acquistate in dipendenza della Guerra 1915-18, è nominato cavaliere della Corona d'Italia il dott. Giuseppe Rossi, capitano medico di complemento.

Il prof. Kurt Laubenheimer, direttore dell'Istituto d'Igiene di Heidelberg e che per lunghi anni fu assistente di H. Kossel, è stato chiamato all'Istituto di Terapia sperimentale di Francoforte sul Meno, quale collaboratore scientifico.

Alla Cattedra di patologia generale e di anatomia patologica di Graz è stato chiamato, da Düsseldorf, il prof. H. Beitzke, quale successore di A. Schmincke, chiamato a Tubinga.

A primario chirurgo del I Ospedale Civico di Hannover è stato chiamato il prof. H. Schlanger, aiuto alla Clinica Chirurgica di Kiel.

NOTIZIE DIVERSE.

Per il Congresso Idroclimatologico di Palermo.

Ricordiamo che il prossimo XIV Congresso Nazionale di Idrologia e Climatologia avrà luogo a Palermo nei giorni 22-24 aprile.

Per aver diritto a ricevere la tessera per le riduzioni ferroviarie ecc., occorre inviare la quota di inscrizione in L. 25 al Comitato organizzatore, piazza delle Vergini, n. 10, Palermo.

Per la idrologia italiana

La «Associazione Medica Italiana di Idrologia e Climatologia» (Sezione Alta Italia) in un'adunanza alla quale presenziarono molti competenti, approvò una lettera di plauso inviata dal presidente prof. gr. uff. Devoto in nome dell'Associazione, a S. E. Mussolini, in merito al divieto dei giuochi nelle stazioni idro-climatiche; il prof. P. Piccinini, presidente per la Sezione Alta Italia, prospettò la necessità di un lavoro serio e tenace, medico-scientifico, per imporre, anche nella gara internazionale, le nostre acque; il gr. uff. Rebucci sostenne la necessità che l'insegnamento dell'idrologia medica diventi materia ufficiale; il cavalier Saccani svolse l'argomento della «tassa sui bagni», con recente legge modificata, secondo norme dettagliatamente da lui studiate e prospettate; furono poi svolti argomenti di carattere scientifico; infine, dopo discussione, si stabilì che l'interessamento dell'Associazione Idroclimatologica si dimostri vivo e fervido per le Stazioni di tutta Italia. Prova di tale concezione programmatica si è che il XIV Congresso indetto dall'Associazione si terrà a Palermo, nel prossimo aprile, e riguarderà in particolare le acque ed i climi della Sicilia.

Corso di perfezionamento in igiene.

Il 9 aprile nell'Istituto d'Igiene della Università di Parma avrà principio un corso complementare bimestrale d'Igiene pratica per gli aspiranti Ufficiali sanitari. Si richiede la laurea in Medicina e Chirurgia, Chimica, Chimica farmaceutica, Scienze naturali o Veterinaria. Ricevuta rilasciata dall'Economo dell'Università del pagamento di lire 300 per tassa d'iscrizione e di L. 25 per sopratassa d'esame e di diploma.

I cimeli di Jenner.

Alcune pubbliche istituzioni, i discendenti di Jenner e molti medici inglesi hanno contribuito insieme a una esposizione per celebrare il centenario della morte dell'inventore della vaccinazione.

L'esposizione è stata inaugurata or è poco a Londra, nel West, 54-a, Wigmore Street (ove è la sede del Wellcome Historical Medical Museum), e resterà aperta sei mesi.

Vi si vede la poltrona favorita; un bastone nel cui pomo Jenner soleva tenere una spugnetta imbevuta di aceto che portava al naso entrando nella stanza di alcuni ammalati; un corno di «Blossom», la vacca che fornì la prima linfa, montato in argento; una collezione di lancette con punte di acciaio, oro ed avorio; la scelta finale cadde sull'avorio.

Sono anche esposti numerosi documenti delle campagne antivacciniste, caricature, ecc.

Interessante è la raccolta di medaglie commemorative, tra cui una dell'Accademia di medicina di Parigi, e una riproduzione della medaglia che ricorda la guarigione della regina Elisabetta colpita da vaiolo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 2 dic. — Numero di terapia.

Japan Med. World, 15 sett. — T. OHTAWARA. Vaccinazione intrauterina. — 15 ott. — R. UMUSNERA e M. YAMANOUCHI. Studi immunitari sui liquidi intestinali.

Presse Méd., 6 dic. — ANDRÉ-THOMAS. Angiospasmo provocato nelle arteriti periferiche. — A. ORTICONI e M. GAZZOLA. Enterite dissenteriforme da *Amoeba coli*.

Rev. Españ. de Med. y Cir., nov. — T. PRONBASTA. L'operazione di Porro nelle gestanti infettate.

Bull. Ac. de Méd., 28 nov. — P. DELBET e A. BEANVY. Piocoltura.

Colorado Medicine, nov. — A. G. ELLIS. Patologia e clinica mediche.

Union Medica, 17 nov. — J. S. GALLARDO. Le dermatozoonosi.

Minerva Med., 1 dic. — A. CECONI. La litiasi biliare.

Paris Méd., 9 dic. — F. TERRIEN. L'occhio senile. — KOPACZEWSKI. Quiproquo anafilattici.

Brazil-Méd., 17 nov. — A. PEDRO. Il pericolo della purga.

British Med. Journ., 6 dic. — A. LEITH. Il cancro sperimentale da catrame.

Riforma Med., 4 dic. — E. MUSANTE. Azione dei raggi X sul sangue dei tubercolotici. — C. GUARINI. Roentgendiagnosi precoce della tubercolosi.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 14 dic. — C. GARGANO. Mollusco contagioso della regione sopraorbitale.

Münch. Mediz. Wochens., 15 dic. — G. KATUH e H. PANSDORF. Pressione sanguigna e sonno. — H. STRECKER. La circolazione del liquor nell'uomo.

Gaz. d. Hôp., 12 e 14 dic. — J.-A. SICARD, J. PAREF e J. LERMOYEZ. Trattamento delle varici con iniezioni sclerosanti di salicilato di soda. — 16 dic. — G. SALÈS, B. TURQUETY e Y. BLAIGNAN. La febbre tifoide nella prima infanzia.

Deutsche Mediz. Wochens., 15 dic. — H. KÖNIGER. Modificazioni dell'eccitabilità e terapia.

Lancet, 16 dic. — P. GRAY. La menorragia nelle giovani. — G. LOW e P. MANSON-BAHR. Il Bayer 205 nella tripanosomiasi umana.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., nov. — E. U. FITTIPALDI. La determinazione quantitativa dell'urea per uso clinico.

British Med. Journ., 16 dic. — M. J. STEWART. La guarigione dell'ulcera gastrica.

Revue de Méd., n. 10-11. — G. MARANON. La mano ipogenitale.

Riforma Med., 11 dic. — J. JACONO. Pseudotubercolosi da Nocardia.

Paris Méd., 16 dic. — Numero sulla fisioterapia.

Deutsche Mediz. Wochens., 1 dic. — H. STRAUSS. Il problema dietetico delle malattie renali. — W. TEICHMANN. Il metodo della centrifugazione di Bruck per la serodiagnosi della sifilide.

Mediz. Klinik, 17 dic. — H. LIPPMANN. Sulla diagnosi clinica del morbo di Gaucher. — C. BAYER. Cancro e autodifesa dell'organismo.

Paris Méd., 23 dic. — Numero in omaggio a Pasteur.

Münch. Mediz. Wonchens., 22 dic. — H. CURSCHMANN. L'emicrania infantile.

Lancet, 23 dic. — W. THORBURN. Chirurgia della spina dorsale.

Archivi.

Ann. di Ostetr. e Ginec., nov. — Numero dedicato alle onoranze rese al prof. Mangiagalli.

Arch. gen. di Neurol., Psich. e Psicoanalisi, III. — L. DE LISI. — Effetti della sezione sperimentale del midollo spinale sul testicolo. — M. LEVI BIANCHINI. La psicoanalisi della fantasia creatrice. — ID. La dinamica dei psichismi secondo la psicoanalisi.

Indice alfabetico per materie.

Albo dei sanitari: limiti dell'obbligo della iscrizione nell'— . . . . . . Pag. 387
Albo di firme dei medici presso le Farmacie . . . . » 387
Appendicite tubercolare latente . . . . » 376
Assicurazione contro le malattie: dichiarazioni ministeriali . . . . . . » 386
Bibliografia . . . . » 378
Calcolosi vescicale: nuovo sintomo . . » 272
Canapa indiana . . . . » 384
Colon: disturbi funzionali della muscolatura . . . . » 377
Concorsi: criteri di giustizia nei giudizi » 388
Cronaca del movimento professionale . » 389
Dispepsia: speciali quadri sintomatici . » 378
Educazione fisica delle nuove generazioni . . . . » 386
Encefalite epidemica: disturbi mentali . » 383
Encefalite epidemica: trattamento di alcune sequele . . . . » 383
Febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta . . . . Pag. 361
Femore: distacco spontaneo dell'epifisi superiore . . . . » 381
Fondazione Rockefeller: opera medica in Cina . . . . » 385
Idrocele essenziale: patogenesi . . . . » 368
Malattia di Köhler: del 2° metatarseo » 381
Medici: condizione giuridica negli Stati Uniti . . . . » 385
Neurofibroma cervicale . . . . . . » 382
Prolusione del prof. Caronia . . . . » 380
Simpatalgie della periferia degli arti . » 382
Sostanze coloranti: disciplina dell'uso per i prodotti alimentari . . . . » 389
Stenosi congenita del piloro . . . . » 375
Stomatite da bismuto . . . . » 373
Ulcera gastrica di origine sifilitica . . » 374
Vescica: carcinoma cistico . . . . . » 381

Roma, 1923 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 26 Marzo 1923 Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Riviste sintetiche: L. Manginelli: Delle stipsi chirurgiche (Ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali).
Osservazioni cliniche: B. Bernardini: Contributo allo studio della commozione cerebrale.
Note di tecnica: M. Balsamo: Per un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace Forlanini.
Sunti e rassegne: SANGUE: Hamburger: Influenza della nutrizione sulla resistenza e rigenerazione del sangue nella anemia da salasso. — Bie e Möller: Composizione del sangue normale. — Graum: La percentuale di fibrina nel sangue e nel plasma. — Bröckbauk: Il siero del sangue nell'anemia perniciosa. — Accoyer: I corpuscoli leucocitari di Barranikow-Dölle. — B. Cohn: Principî delle trasfusioni di sangue. — A. Tzanck: Sulle trasfusioni sanguigne.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Società Lombarda di scienze mediche e biologiche. Milano. — Società Medico-Chirurgica di Padova. — R. Accademia di medicina di Torino. — Società medico-chirurgica di Pavia.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Organi urinari: Contributo allo studio della litiasi renale. Un caso di perinefrite suppurata sottocapsulare. — Incontinenza di urine essenziale: spina bifida occulta. — MISCELLANEA: Atrofia ossea da disuso. — Indicazioni per l'estrazione dentaria. — I brodi di legumi. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Relazioni tra autolisi e atrofia. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: I mutui per le opere igieniche. — Per la profilassi delle malattie veneree. — Disposizioni speciali per l'esercizio professionale. — L'assistenza ai bambini illegittimi e abbandonati. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Pangloss: La fiducia nel medico. — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Insegnamento superiore.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE ITALIANO DI S. PAULO DEL BRASILE.

Delle stipsi chirurgiche.
(Ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali).

Prof. LUIGI MANGINELLI,
della R. Università ed Ospedali di Roma,
primario medico.

Il capitolo delle stipsi chirurgiche e delle stasi croniche intestinali, come vengono chiamate dalla maggioranza degli autori, può considerarsi come una diretta filiazione del capitolo sulle appendiciti croniche. Appendiciti croniche diagnosticate come tali ma non riscontrate al controllo operatorio; appendicectomie eseguite senza nessun vantaggio in rapporto ai disturbi presentati precedentemente dai malati, o con peggioramento di essi, trovarono poi spiegazione nella valutazione più accurata di lesioni o malformazioni a carico più specialmente della prima parte del grosso intestino.

Secondo la classica definizione del Lane, la stasi intestinale cronica, la cui storia si inizia col suo primo lavoro sull'argomento, nel 1901, consiste in un *ritardo anormale nella progressione del contenuto intestinale in uno o più segmenti del tubo digestivo, ritardo dal quale risulta un assorbimento di sostanze tossiche superiore a quello che l'organismo è abituato a sopportare e che gli organi hanno costume di eliminare e di trasformare.*

Fu cercata una causa alla stasi cronica e se ne trovarono molte; per ogni causa trovata si costruì una teoria per lo più esclusivista, cadendo nel frequente errore di volere attribuire ad un fenomeno patologico complesso un meccanismo unico di formazione.

Così in Germania, per opera specialmente di Wilms, si diede importanza massima al ceco mobile. In Inghilterra si deve al Lane l'aver posto in evidenza la teoria meccanica. Nell'America del Nord Jakson rilevò le membrane perienteriche e dette ad esse sommo valore per la determinazione della stasi. L'attenzione dei chirurgi e degli studiosi si rivolse con fervore di ricerche a questo nuovo lato della patologia intestinale; le stipsi croniche o meglio una parte di esse abbandonarono il campo medico per entrare di diritto in quello chirurgico; e noi oggi possiamo riunire in un capitolo organico che potrebbe forse meglio

chiamarsi delle *stipsi chirurgiche* sia il *ceco mobile* che le *membrane perienteriche* e le *ripiegature di Lane*. Ho detto capitolo organico, in quanto il fondamento clinico vi è comune e rappresentato da un elemento primario, la stasi, e da un elemento secondario, il dolore; mentre identico vi è anche l'indirizzo terapeutico, giacchè tutte queste forme beneficiano ed in modo quasi esclusivo del trattamento chirurgico.

I. CECO MOBILE.

Nel 1894 Curschmann cercò di stabilire per il primo un rapporto tra alcune manifestazioni cliniche e le anormali posizioni del colon.

Haussmann nel 1904 creò il termine di « ceco mobile », ed alla deformità anatomica volle trovare riscontro in una netta entità clinica, la cui espressione tipica consisterebbe in una stipsi ostinata intercalata da crisi diarroiche parossistiche e nella manifestazione obbiettiva nel quadrante inferiore destro dell'addome di un tumore mobile corrispondente al ceco.

Nel 1908 infine Wilms diede dell'esistenza di questa sindrome anatomo-clinica una riprova terapeutica, dimostrando come in questi casi, interpretati in passato come appendiciti croniche, l'asportazione dell'appendice poco o nulla giovava, mentre la fissazione del ceco apportava la scomparsa dei disturbi della circolazione fecale.

Klose e Stierlin ne diedero in seguito anche la dimostrazione radiologica.

Da allora molto è stato scritto sul « ceco mobile » e ad esso invero non poche colpe sono state attribuite che per l'avanti erano state addossate all'appendicite cronica.

È bene intendersi sul significato del termine « ceco mobile ». Sappiamo che il ceco, anche perfettamente normale, gode quasi sempre di una certa mobilità; questa mobilità può essere eccessiva fino a giungere traverso a tutti i gradi al ceco ectopico migrante (Wanderblinddarm). Wandel in 640 autopsie ha riscontrato 66 volte, quindi nel 10 % circa dei casi, la presenza di un mesoceo, condizione la più frequente per la mobilità di esso. Dreyer riscontra la mobilità del ceco con straordinaria frequenza, nei 2/3 circa delle sue autopsie.

Ma a questa frequente mobilità non è vero che debbano corrispondere costantemente disturbi funzionali nel vuotamento del ceco stesso. Clinicamente cioè non basta l'accertamento di una mobilità anormale del ceco, ma necessita la presenza anche di un elemento di capitale importanza: la stasi cronica cecale. Per la diagnosi clinica di ceco mobile due condizioni essenziali necessitano dunque: mobilità e stasi. Vedremo poi se e quale nesso possa intercedere tra l'una e l'altra di queste due condizioni.

Patogenesi. — Quanto alla causa più frequente che permetta questa abnorme mobilità essa risiede nell'esistenza di un lungo mesentere in seguito ad anomalia di sviluppo. Però anche con un meso corto è possibile la presenza di un ceco mobile e ciò quando il meso del colon ascendente e dell'angolo epatico del colon sia a sua volta abnormemente lungo. Inoltre ha pure importanza la rilassatezza del legamento epatico-colico, cisto-colico e freno-colico. Può anche contribuire una eccessiva lassezza del tessuto retrocecale. La torsione abituale del ceco per la disuguaglianza d'azione delle bandelette con predominio della contrazione della bandeletta anteriore, meccanismo invocato da Klose, è ormai ritenuta da tutti come una causa rara, non ammissibile come spiegazione abituale.

Ma il disaccordo sorge veramente quando si passa a discutere quali siano i rapporti di causalità tra mobilità è stasi. La maggior parte degli autori (Haussmann, Wilms, Stierlin, Duval e Roux, Klose, ecc.) ritengono che, sia pure con differente meccanismo, il ceco mobile sia causa della stasi. Duval e Roux pensano che avvengano in tali casi fermentazioni anormali nel ceco e che i gas formatisi in modo esagerato distendano la parete chiudendo poi in certa maniera, meccanicamente, l'angolo colico, e difficoltando così il passaggio delle sostanze fecali. Anche Haussmann ammette che una esagerata replezione di gas sia la causa principale della spostabilità del ceco ed in seguito anche dei disturbi della circolazione fecale con conseguente circolo vizioso. Ma perchè tali fermentazioni anormali? Ed inoltre quante volte non capita di osservare notevole accumulo di gas nell'angolo epatico senza che per questo si abbia stasi nel ceco e nell'ascendente? Fischler e Sailer invocano come causa fondamentale l'atonia del ceco. Cramer ritiene che si abbia a che fare con uno stato infiammatorio, con una vera tiflite cronica. Altre cause sono state addotte volta a volta, che Sorrel considera come adiuvanti: l'appendicite cronica, la pericolite, uno spasmo persistente della prima parte del colon trasverso (Stierlin).

Noi pensiamo che nè un ceco mobile sia sufficiente a dare di per sè una stasi intestinale, nè che una stasi intestinale debba condurre alla formazione di un ceco mobile, ma l'una e l'altra condizione possono coesistere

ed in tal caso si aggravano vicendevolmente fino al punto da produrre una vera sindrome morbosa. Quanto alle crisi dolorose, più che allo sviluppo abnorme di gas crediamo che si debbano mettere in rapporto con probabili inginocchiamenti, dovuti a lor volta al ristagno, alla mobilità e all'atonia del ceco, inginocchiamenti che vengono a costituire delle vere stenosi parziali e transitorie. Inoltre non bisogna dimenticare gli stiramenti insoliti a cui viene ad essere soggetto il tratto d'intestino affetto e la possibilità dell'impiantarsi in esso di lievi flogosi secondarie.

Sintomatologia. — La sintomatologia del ceco mobile è rimasta all'incirca quella già abbozzata da Haussmann nel 1904. Noi divideremo i sintomi in due gruppi, il primo dipendente dalla stasi cecale e quindi comune ad altre sindromi, il secondo più proprio specialmente del ceco mobile.

1) *Sintomi della stasi cecale.*

a) *Disturbi del circolo fecale.* — Questi consistono essenzialmente in stipsi cronica ostinata, interrotta di quando in quando da crisi diarroiche dolorose, alle quali segue generalmente un breve periodo di benessere.

Per lo più la stipsi predomina in modo netto quasi esclusivo; altre volte al contrario e ciò più comunemente nei periodi maggiormente avanzati della malattia, è la diarrea che tiene il campo, interrotta ogni tanto da brevi periodi di stipsi dolorosa.

b) *Dolori.* — Essi sono riferiti a preferenza nel quadrante inferiore di destra, talora all'epigastrio, diffusi, costanti, di media intensità, con esacerbazioni per lo più 5 o 6 ore dopo il pasto; si aggravano in genere nel decubito laterale sinistro forse a causa della maggior mobilizzazione del ceco in questa posizione; si attenuano in posizione orizzontale o laterale destra.

Esiste anche dolenzia diffusa alla pressione, talora anche vera iperestesia cutanea.

c) *Disturbi digestivi.* — Si ha per lo più lingua fortemente impatinata, nausee, eruttazioni moleste, inappetenza, senso di peso epigastrico dopo il pasto.

d) *Disturbi nervosi.* — Vi è quasi sempre un notevole grado di astenia generale, cefalea, disturbi nervosi vaghi, psicastenia.

e) *Lo stato generale* anche finisce per alterarsi ed i malati dimagriscono e si anemizzano.

2) *Sintomi propri del ceco mobile.*

a) *Esame palpatorio.* — Nella maggior parte dei casi, data l'ectasia e la ripienezza del ceco, è impossibile riuscire a bene apprezzare i suoi peculiari caratteri traverso le pareti addominali. Duval e Charles Roux consigliano, per facilitare la manovra, di comprimere in alto tra il pollice anteriormente e le altre dita posteriormente l'angolo colico e il colon ascendente in modo da respingere del gas verso il ceco e renderlo più facilmente evidente all'altra mano che palpa: è in complesso la stessa manovra che si fa per provocare il sintoma di Rowsing nell'appendicite. Si sente allora per lo più il ceco dilatato e facilmente spostabile verso la linea mediana; nei cambiamenti di posizione tale spostabilità appare maggiore.

b) *Esame radiologico.* — Si ha con esso la prova assoluta della mobilità del ceco. Si dovranno porre in evidenza con tale esame i due lati fondamentali per la diagnosi: la mobilità e la stasi. È dunque opportuno, se si vuole essere completi, procedere tanto all'esame per os quanto a quello per rectum.

Col primo si nota un ristagno del bismuto nel ceco, ristagno che può prolungarsi anche per due o tre giorni; non raramente il ceco apparisce anche atonico ed ectasico ed il grado di tiflatonia e tiflectasia è quasi sempre proporzionato al grado della stasi.

Coll'indagine per rectum è più facile l'apprezzamento della mobilità, tanto direttamente che indirettamente. Direttamente. si pone in evidenza col semplice aiuto della palpazione di fronte allo schermo, imprimendo degli spostamenti al ceco verso la linea mediana. Ovvero, indirettamente, si può ricorrere al metodo proposto da Duval e Roux e già prima anche accennato dallo Stierlin, metodo del quale noi ci serviamo volentieri, in quanto ci ha sempre bene corrisposto. Messo il malato in posizione eretta o meglio in posizione orizzontale, decubito dorsoventrale, si apprezza sullo schermo la distanza che passa tra il bordo dell'osso iliaco e vari punti della linea esterna ed interna del ceco-ascendente. Si cambia allora la posizione del malato ponendolo in decubito laterale sinistro, ed allora si vede il ceco, se mobile, allontanarsi dal bordo dell'ileo e ripiegarsi ad angolo più o meno retto sul colon ascendente. Se anche quest'ultimo è mobile tutto il ceco-ascendente si allontana dal bordo iliaco, e la distanza tra questo ed il margine esterno dell'intestino (segnato in genere dalla linea chiara della bolla di gas che viene a sovrastare l'ombra del bismuto) apparisce notevolmente aumentata. Questo metodo però non risponde nei casi di forte meteorismo o di eccessiva vali-

dità della muscolatura addominale, condizioni che non permettono sempre la caduta del ceco nei cambiamenti di posizione, anche quando esso goda di una abnorme mobilità.

Terapia. — La terapia è quasi esclusivamente chirurgica; cecopessia ed in casi eccezionali, ceco-colostomia, facendo seguire opportune cure mediche per mantenere una buona circolazione fecale.

II. PERITIFLITI E PERICOLITI.

Già nel 1852 Virchow metteva in evidenza l'esistenza di una pericolite per quanto essa fosse stata da lui erroneamente interpretata.

Il merito però di avere isolata questa forma anatomicamente e clinicamente spetta a J. N. Jackson che nel 1909 ne faceva oggetto di una pubblicazione, riportandone 9 casi da lui accuratamente studiati. La sua prima osservazione risale veramente al 1902 e fu fatta da lui per caso su di una giovane infermiera che operata già una prima volta di appendicectomia ed una seconda volta di ovariectomia, fu sottoposta ad un terzo intervento: tutto il colon ascendente era ricoperto da una membrana trasparente che pareva raddoppiare il peritoneo colico dal quale tuttavia era completamente indipendente; nata dal peritoneo parietale all'infuori del colon si perdeva in dentro sul mesocolon trasverso ed in basso sul peritoneo parietale posteriore; il colon ascendente raccorciato e ristretto, era però perfettamente libero e non presentava aderenze di sorta. Non diede in quel tempo Jackson alcuna importanza a tale reperto e richiuse senz'altro l'addome e le sofferenze continuarono in seguito inalterate per la sua inferma.

Alla pubblicazione di Jackson seguirono ben presto osservazioni numerose e dettagliate; tra le altre quelle di Mayo, Connel, Duval, Roux, Tripiet, Walter, Lejars, Cotte, Delou e Alamartine, Cortez, Michel, Labbé, Leotta, Taddei, Novaro, ecc. Fu così bene edificato il capitolo delle pericoliti, almeno dal punto di vista anatomico e clinico, mentre ne è ancora abbastanza controverso ed oscuro il problema patogenetico.

Anatomia patologica. — Riguardo alla sede, le localizzazioni classiche di queste perienteriti sono le seguenti:

a) colon ascendente;

b) colon ascendente e ceco;

c) colon ascendente, ceco ed appendice; talora anche solo colon ascendente ed appendice, mentre il ceco è perfettamente normale;

d) angolo epatico del colon;

e) angolo splenico del colon;

f) sigma (perisigmoiditi).

La sede più frequente è però lungo il colon ascendente; mentre il ceco quasi sempre è completamente libero, mostrandosi solo, per lo più, dilatato e con pareti assottigliate. Anche l'appendice si presenta molto spesso normale.

Anatomicamente tutti distinguono ormai due tipi di membrane, pur interpretandole in differente modo.

Nel primo tipo trattasi di briglie velamentose, sottilissime, trasparenti, lisce, riccamente vascolarizzate, coi vasi che decorrono parallelamente tra loro e secondo la direzione della membrana; tali membrane inguainano un tratto dell'intestino, scorrendovi sopra o ad esso lassamente aderendo, in modo da lasciargli la sua normale mobilità. Dall'altra parte esse si continuano col peritoneo parietale e coll'epiploon o separatamente sull'uno o l'altro di essi. L'intestino sottostante a volte conserva la sua posizione normale, ma a volte si ripiega, si inginocchia, si restringe, od anche si accartoccia su se medesimo, ed in quest'ultimo caso appena venga liberato dalle membrane assume subito una lunghezza notevolmente maggiore. Interessantissima, dal punto di vista patogenetico, è la dimostrazione fatta dal Nassetti nella Clinica del Taddei, di piccoli tronchi nervosi in questo tipo di membrane. Ed anche, oltremodo interessante è l'osservazione del Flint di membrane pericoliche anche nell'embrione (Taddei).

Il secondo tipo è rappresentato da membrane più spesse, opacate così da lasciare male scorgere l'intestino sottostante, al quale aderiscono strettamente, dando luogo a formazione di angoli e deformazioni con consecutive stenosi in uno o più punti. Il colon ascendente e la prima parte del trasverso, non raramente si accollano fortemente tra di loro come due canne di fucile. La sede di queste membrane è più variata, meno fissa delle precedenti.

Alcuni autori ritengono che questo secondo tipo di membrana rappresenti null'altro che un periodo più avanzato delle prime; mentre altri pensano esattamente il contrario. Altri infine, come vedremo meglio in seguito, ritengono le prime come forme congenite e le seconde come forme acquisite, infiammatorie.

(*Continua*).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

REGIO OSPEDALE DI PESCIA.
Prof. A. CORDERE, chirurgo primario e sopraintendente.

Contributo allo studio della commozione cerebrale

per il dott. B. BERNARDINI.

Fra i fenomeni primari, consecutivi a traumi cranici, la commozione è quella che ha suscitato fra i clinici e gli anatomo-patalogi le maggiori discussioni per l'interpretazione del suo momento etiologico. La questione può, secondo Forgue, essere riassunta in due termini principali « Alterazioni funzionali così gravi, capaci di produrre la morte, possono esistere senza che abbiano il corrispondente in disordini anatomici apprezzabili, oppure esistono lesioni anatomiche, che fino ad oggi sfuggirono ai nostri mezzi di indagine? ».

Gli antichi avevano considerato i fenomeni di commozione come una rapida e transitoria compressione del cervello, ma questa ipotesi non ebbe mai alcuna conferma sperimentale.

Gama sostenne. e cercò di dimostrare con esperimenti, che la commozione fosse dovuta a vibrazioni della massa encefalica, prodotta dal trauma; ma le deduzioni dei suoi esperimenti non furono potute controllare da altri AA. (Nélaton Fischer).

Altri attribuiscono i fenomeni di commozione a disturbi vasomotori, prodotti dal trauma: secondo Fischer sarebbero dovuti a paralisi vasale riflessa, che darebbe origine a stasi; secondo Schulten a spasmo vasale ed anemia consecutiva. La stasi e l'anemia agirebbero come paralizzanti sopra i centri cerebrali, d'onde l'impossibilità del compiersi delle differenti funzioni fisiologiche. Il Kocher ritiene invece, che questo stato di anemia cerebrale sia dovuto al fatto che il trauma, comprimendo il cervello, ne scaccia il sangue anemizzandolo.

Duret ritenne che la commozione fosse prodotta da emorragie e da lacerazioni nelle pareti del IV° ventricolo, per lo spostamento brusco del liquido cefalo-rachidiano dal III al IV, attraverso l'acquedotto del Silvio.

Altri AA. attribuiscono la commozione ad una diversa orientazione, che assumerebbero, sotto l'influenza dell'urto, le molecole della sostanza cerebrale. Di questa teoria sono propugnatori in Italia D'Antona e Durante, che basano questa ipotesi sopra gli esperimenti del Ferrari.

Lo Scagliosi, dopo aver determinato sperimentalmente la commozione negli animali, li uccideva in diversi periodi di tempo, per osservare le diverse alterazioni macro e microscopiche che avvenivano in mezzo al tessuto nervose. Queste alterazioni consistevano in varii processi degenerativi del corpo cellulare e del nucleo, prima nelle cellule nevrogliche, poi nelle cellule nervose. L'A. interpretò questi fenomeni come dovuti a deficente nutrizione cellulare per disturbi circolatori. Difettosa nutrizione in primo tempo e autointossicazione in secondo tempo. sarebbero dunque secondo Scagliosi le cause determinanti il quadro della commozione.

Rosa e Caricchia, determinando la commozione mediante piccoli e ripetuti colpi sopra il cranio ed osservando da una breccia, praticata in precedenza, i disturbi circolatori susseguenti, videro che constantemente si aveva una diminuzione di calibro dei vasi cerebrali e midollari e secondariamente uno stato di anemia del cervello e del midollo spinale. Con esami microscopici poi trovarono, come lo Scagliosi, alterazioni delle cellule della glia e fini degenerazioni nel protoplasma delle cellule nervose. Analoghi reperti ebbe il Büdinger, esaminando la corteccia cerebrale di un uomo, morto di commozione.

Roncali ebbe analoghi resultati e concluse:

1° che nella commozione gravissima e mortale, per il grande squotimento dovuto al trauma, avviene nelle cellule nervose un tale disorientamento molecolare, da venire abolita la regolazione del metabolismo cellulare; da questo, soppressione di tutte le funzioni organiche e morte del soggetto;

2° che nelle commozioni gravi e leggere, con esito in guarigione, si ha una minore disorientazione molecolare e una temporanea sospensione dell'attività metabolica delle cellule nervose.

Secondo Bergmann se tutte le varie degenerazioni riscontrate nel corpo cellulare, possono spiegare le forme tardive di nevrosi nei traumatizzati del cranio, non spiegano affatto la commozione, perchè è assurdo pensare che si formino tutte nello spazio di pochi secondi come avviene per la commozione.

Il gran numero di teorie che cercano di spiegare la commozione cerebrale è la prova di quanto si sia lontani dall'averne trovato le cause anatomo-patologiche.

La puntura lombare praticata a scopo diagnostico e curativo (Tuffier, Milian, Ferretti, Dialti, Chiarugi, ecc.) nei traumatizzati del cranio ha messo in luce un nuovo dato di fatto, che cioè, in quasi tutti i colpiti da commo-

zione, il liquido estratto conteneva sangue in maggiore o minore quantità.

Il Cordero praticò la puntura lombare, a scopo diagnostico e curativo, in tutti i casi di commozione cerebrale osservati nel biennio 1908-910 nell'Ospedale di Pescia e riscontrò sempre presenza di maggiore o minore quantità di sangue nel liquido cefalo-rachidiano, quantità che diminuiva rapidamente parallelamente al regredire dei sintomi di commozione.

Il Casati praticò la rachidocentesi in 26 casi di traumi cranici ed osservò che ogni qualvolta l'ammalato presentava sintomi di commozione, nel liquido cefalo-rachidiano vi era sangue.

Credo che non riesca ozioso riferire la storia di un ammalato colpito da commozione cerebrale secondaria a trauma e da noi sottoposto a ripetute rachicentesi.

G. U., di anni 34. Cadde quattro giorni prima di entrare in Ospedale, mentre si trovava in piedi, battendo la regione temporale destra sopra uno sgabello e l'occipite sopra il pavimento della stanza. Perse immediatamente i sensi e rimase alcune ore come morto. Il giorno seguente ebbe alta temperatura, non riacquistò i sensi completamente, ma rimase come assopito e rispondeva se interrogato ripetutamente e scosso, altrimenti stava per delle ore immobile e indifferente a ciò che accadeva intorno a lui.

Questo stato di cose durò per tre giorni al 4° giorno, mentre persistevano le alte temperature, comparve rigidità della nuca e difficoltà dei movimenti del collo. Fu ricoverato il 21-X-1921.

Esame obiettivo. — Si nota rigidità dei muscoli della nuca e del dorso. Kernig, Lasegue, Brudzinski presenti. Reazione pupillare alla luce e all'accomodazione torpida. Lieve ipertonia dei muscoli degli arti inferiori. I riflessi cremasterico e addominali sono leggermente aumentati. I riflessi patellari, achillei e plantari mancano completamente; esiste Babinski bilaterale, ma in grado leggero. Il sensorio è piuttosto ottuso, l'ammalato risponde se interrogato ripetutamente e non sempre a tono, accusa cefalea intensa.

Si pratica la puntura lombare estraendo sotto discreta pressione del liquido fortemente ematico.

Il giorno 24 si ripete la rachidocentesi estraendo liquido meno ematico del giorno precedente; le condizioni del paziente migliorano notevolmente.

Il 25 si pratica una 3ª puntura lombare estraendo liquido solo leggermente ematico. Il sensorio è tornato integro; i sintomi meningei sono diminuiti di intensità; sono ritornati i riflessi tendinei agli arti inferiori, l'ipertonia è scomparsa e la temperatura si è notevolmente abbassata.

Il 4-XI si pratica un'ultima puntura lombare estraendo liquido cefalo-rachidiano limpido. Le condizioni generali dell'infermo vanno migliorando fino ad aversi guarigione completa.

Il reperto di sangue nel liquido cefalo-rachidiano nel caso nostro, come nei casi di Cordero e di Casati, non è spiegabile con nessuna delle teorie sopra riassunte, eccettuata quella di Duret, perchè dimostra che in queste forme di commozione cerebrale vi è una lesione anatomica vera e propria.

Una volta constatato, che il liquido cefalo-rachidiano dei soggetti affetti da commozione cerebrale contiene sangue, viene spontanea la domanda, se il sangue stravasato sia la causa della commozione o solo l'indice di una lesione anatomica dell'encefalo. Il Casati praticò degli esperimenti sopra i conigli, iniettando negli spazi subaracnoidei sangue dello stesso animale, ottenendo dei fenomeni che riproducevano con una certa somiglianza il quadro della commozione cerebrale. Nel caso nostro, in cui il sangue stravasato era abbondante, si sono avuti in secondo tempo sintomi imponenti di irritazione meningea, ciò che concorda con quanto scrive Y. Bourde, a proposito delle emorragie intracraniche senza frattura del cranio.

Queste evenienze negate da Ruth, studiate da Hovnanian (1902), Meyer (1911), Pieri, Ruvillois, hanno la caratteristica di dare, nelle forme fruste, ipertermia, cefalea, rigidità nucale, abolizione o esaltamento dei riflessi tendinei, disturbi psichici (confusione mentale, offuscamento psichico) e sangue nel liquido cefalo-rachidiano. Tutto questo si è verificato nel nostro paziente.

Un fatto è quindi certo, che il sangue nel liquido cefalo-rachidiano sta ad indicare una lesione dell'encefalo, causa della commozione, e tutt'al più si possono attribuire al sangue stravasato i fenomeni di irritazione meningea, mentre mi sembra azzardato ritenendo causa della commozione.

In traumatologia del cranio, nelle classiche descrizioni dei fenomeni primari, si è sempre tenuta distinta la contusione dalla commozione cerebrale, basando la distinzione sopra la maggiore o minore transitorietà dei sintomi, che si dileguano nella commozione e persistono con localizzazioni speciali nella contusione (Bergmann). Giustamente questo criterio sembra ad alcuni AA. un poco artificioso perchè, la maggiore o minore rapidità con la quale i sintomi scompaiono, può solo indicare la intensità o la sede della lesione e non la natura. Se infatti una contusione interessa una di quelle zone della corteccia, il cui significato fisiologico non è ben chiaro, si può avere il quadro della commozione cerebrale nei suoi vari gradi, i cui sintomi si dileguano rapidamente; mentre, ove vengano contuse le aree di proiezione, si può avere una commo-

zione alla quale segue una sintomatologia a focolaio. Per questo alcuni considerano la commozione e la contusione cerebrale, come due gradi diversi di uno stesso processo patologico (Casati).

I casi di commozione nei quali fu praticata la puntura lombare e nei quali il liquido cefalo-rachidiano estratto conteneva sangue, sono ancora pochi; ricerche condotte sistematicamente in questo senso potranno permettere di studiare la commozione sotto questo punto di vista. Oggi, in base a quello che ci ha svelato la puntura lombare, si può solo dire che, nei casi di commozione così trattati, abbiamo sempre riscontrato sangue nel liquido cefalo-rachidiano, indice di una lesione anatomica dell'encefalo, sia pure minima, ma che deve essere qualche cosa di più di un semplice disorientamento molecolare e di un semplice disturbo circolatorio.

LAVORI CONSULTATI.

Bergmann e Bruns. *Trattato di chirurgia, pratica.* Soc. Ed. Libraria, Milano.
Forgue. *Compendio di patologia chirurgica.* Soc. Ed. Libraria, Milano.
Cordero. *Rendiconto clinico-operativo*, 1908-1910. Pescia, Tip. Ed. Cooperativa.
Casati. Clinica Chirurgica, 1912, n. 9.
Prampolini. Policlinico, 1911.
Chiarugi. Clinica Chirurgica, 1912, n. 9.
Bourde. Gaz. des Hôp., 1922, n. 2.
Fantozzi. Att. Med. Ital., 1922, n. 1-2.

NOTE DI TECNICA.

RR. Spedali Riuniti di Arezzo - Sez. Chirurgica
Direttore prof. G. Cocci.

Per un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace Forlanini.

Dott. Michele Balsamo, aiuto.

La nota sull'*uso dell'ossigeno nella prima introduzione* del pneumotorace artificiale, del dott. Capuani comparsa nel fascicolo 47 di questo periodico mi dà occasione di rendere noto un piccolo accorgimento di tecnica nella esecuzione del pneumotorace Forlanini che è da noi messa in pratica da circa due anni e che serve a nostro parere e secondo la nostra esperienza a facilitare di molto la tecnica stessa.

Chiunque abbia una certa pratica dello pneumotorace Forlanini non può fare a meno di aver rilevato con quanta frequenza nella perforazione coll'ago delle pareti toraciche, sia nella prima introduzione che nelle successive, si verifichi un incidente apparentemente di poca entità ma che è quanto mai fastidioso e che complica in maniera singolare la manualità dello pneumotorace: voglio parlare dell'intasamento dell'ago con sangue e con frustoli di tessuto.

Un mezzo per rendere l'incidente meno frequente che possibile è quello di usare aghi molto appuntiti e molto taglienti, in modo che nell'attraversare i tessuti non strappino e trascinino frustoli di essi.

Quando poi si sospetti l'intasamento ad ago introdotto resta per tentare di disostruirlo la manovra consigliata dal Forlanini e messa in pratica correntemente colla spremitura del tubo di gomma poichè la siringa di sicurezza non si presta a questo scopo.

La manovra della spremitura riesce qualche volta ma non sempre ad aver ragione dell'ostacolo, anzi per essere più precisi riesce molto di rado e incompletamente perchè la maggior parte delle volte il piccolo frustolo di tessuto vien mobilizzato parzialmente dal getto di aria e si dispone all'estremo dell'ago a mo' di valvola ottenendosi nel manometro delle indicazioni incomplete, incerte, incostanti che mettono a faticosa prova chi lavora e chi soffre.

Inoltre la manovra della spremitura del tubo indicata anche dal Forlanini per risolvere la questione del punto dove siamo giunti colla punta dell'ago e per una prima minima introduzione di gas è, secondo la esperienza del mio primario, un mezzo straordinariamente pericoloso.

In una esperienza di due anni circa di lavoro (prima della guerra) egli ha osservato tre volte gravissimi fenomeni d'embolia immediatamente consecutivi alla spremitura: due con esito rapidamente letale. Incidenti quant'altri mai dolorosi la cui subitanea tragicità scoraggia ingiustamente contro un metodo di cura così prezioso come quello del Forlanini. A nostro giudizio essi debbono spiegarsi forse col trovarsi la punta dell'ago in uno spazio vascolare, coll'essere l'ago intasato da un frustolo di tessuti e poichè colla spremitura noi si esercita una vis a tergo tutt'altro che piccola, ne viene che a un certo punto questa vince la resistenza del piccolo corpo estraneo che trovando davanti a sè il vuoto dello spazio vascolare anzichè di essere trattenuto a mo' di valvola dai tessuti davanti all'ago, viene lanciato come un piccolo proiettile nel torrente circolatorio insieme al gas che lo ha scacciato dando luogo al triste episodio.

Di fronte alla impossibilità di prevenire questi incidenti per quanto rari possano essere, il mio primario già durante la guerra, in occasione del trattamento col pneumotorace alla

Morelli di ferite al polmone, ricorse ad un altro dettaglio tecnico per evitare l'ostruzione dell'ago con frustoli di tessuti, usando una manovra della massima semplicità che in maniera assolutamente sicura elimina l'inconveniente senza potere dar luogo alla paurosa complicazione della embolia: ottenne questo coll'uso di un ago munito di mandrino. L'ago sterilizzato nella maniera che ad ognuno è abituale (noi usiamo tenerli in bagno in alcool) munito di un mandrino robusto (noi usiamo i cosidetti « cantini » da chitarra) che deborda dal padiglione per circa due centimetri, viene introdotto nel torace *senza unirlo al tubo di gomma dell'apparecchio Forlanini.* Il mandrino viene leggermente piegato all'estremo che fuoriesce dal padiglione in modo da segnare sul punto della piegatura a contatto del margine del padiglione lo sporgere minimo dell'estremo opposto dall'apertura dell'ago.

Si perfora la parete toracica nel punto prescelto e quando si crede di essere giunti alla profondità voluta si compie col mandrino dei movimenti di va e vieni in modo da rassicurarsi sulla completa pervietà dell'ago: si toglie allora il mandrino e si innesta il tubo di gomma collegato col manometro dell'apparecchio nella maniera solita.

Molto spesso, quasi sempre anzi, prima di collegare ago ed apparecchio si ha la prova di essere nella cavità pleurica da un tenuissimo sibilo che l'aria aspirata dal cavo pleurico produce nel passaggio dall'ago.

Qualche volta, al togliere il mandrino, si vede gocciolare dal padiglione dell'ago del sangue ed allora di fronte alla prova di essere in uno spazio vascolare togliamo rapidamente l'ago; qualche volta non si apprezza il sibilo, il collegamento col manometro non dà le oscillazioni caratteristiche ed allora rintroduciamo il mandrino e « tastiamo » prudentemente colla punta di esso il tessuto di fronte alla punta dell'ago, avanzando poi a piccoli passi anche coll'ago e regolandoci ad ogni progressione col controllo manometrico.

Con questa tecnica che applichiamo ormai correntemente non abbiamo mai più osservato alcun incidente da embolia, sommando pur tuttavia ad un numero notevole le cure Forlanini praticate: abbiamo completamente abbandonato la manovra della spremitura del tubo di gomma riguardata ormai da noi come una manovra addirittura paurosa: semmai per qualche prudente e raro tentativo di introduzione forzata di piccole quantità di gas ricorriamo alla pressione della colonna liquida dell'apparecchio aiutata qualche volta da insufflazione colla doppia palla quando siamo ben sicuri di essere nel cavo pleurico.

Alla « *manovra del mandrino* » che così può chiamarsi il nostro dettaglio tecnico, si può obiettare che permette l'entrata dell'aria atmosferica non filtrata nel cavo pleurico e che a pneumotorace avvenuto e con pressione positiva lascia fuoruscire un po' di gas in quel tempuscolo che va dal togliere il mandrino ed abboccare la gomma all'ago.

A nostro giudizio e per la nostra esperienza queste due obiezioni non hanno alcuna importanza non essendo causa di alcun inconveniente l'entrata di aria non filtrata nel cavo pleurico ed essendo addirittura minima la perdita di gas nei pneumotoraci a pressione positiva.

Non sappiamo se altri prima di noi abbia adoperato e illustrato questo particolare di tecnica: certo che non è noto nè usato correntemente, e per la sua semplicità, utilità e innocuità ci è sembrato degno di interesse renderlo noto e raccomandarlo.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE.

Influenza della nutrizione sulla resistenza e rigenerazione del sangue nella anemia da salasso.

(HAMBURGER. *Biochenische Zeitschrift,* 1922).

La *resistenza minima* dei globuli rossi normali è rappresentata dalla concentrazione di NaCl la quale dà l'inizio delle emolisi: ed è stato trovato essere una soluzione di NaCl al 0,50 %. La *resistenza massima* è data da quella soluzione in cui nessuno dei globuli rossi trattiene il suo pigmento ed è stato provato che è una soluzione in media al 0,36 %. Inoltre sono stati ricercati anche i vari gradi di resistenza interposti, cioè a dire si è ricercato il numero relativo di globuli rossi di differente resistenza che in condizioni fisiologiche e patologiche si trovano nel sangue di un individuo.

I principali risultati sono, che i globuli rossi giovani neoformati possiedono una maggiore resistenza di fronte alle soluzioni ipotoniche che non i più vecchi, in modo che dall'aumento relativo del numero dei più resistenti, che sono anche i globuli rossi più giovani, si può ottenere un quadro della rigenerazione completa.

Un secondo gruppo di esperienze dimostra che i globuli rossi assorbono dal plasma i li-

poidi, specialmente lecitina, lipoidi che possono venir allontanati per mezzo di un lavaggio dei globuli rossi con una soluzione salina, ma anche di nuovo venirvi riportati mettendo un'altra volta a contatto i globuli rossi col siero e con un'altra soluzione contenente lecitina.

Ora si dimostra che la lecitina ha la proprietà di far abbassare la resistenza dei globuli rossi. I globuli rossi che sono stati lavati hanno perciò una resistenza più grande paragonabile a quelli appena usciti dal midollo delle ossa non ancora circondati da uno strato di plasma. È dunque evidente che i globuli rossi immediatamente dopo la loro formazione dal midollo delle ossa debbano avere una grande resistenza, in quanto non hanno ancora assorbito dal plasma uno strato di lipoidi.

Come è noto, i clinici chiamano *anemie primarie* quelle che hanno la loro origine in malattie del *midollo delle ossa*, e *anemie secondarie* quelle che consistono in un dannoso effetto del *plasma* sanguigno sopra i globuli rossi. Relativamente a ciò si può chiamare curva della *resistenza primaria* la curva della resistenza dei globuli rossi che sono stati lavati in una soluzione salina, mentre il quadro della resistenza dei globuli rossi non lavati può esser detto curva della *resistenza secondaria*.

Forse si può fare l'osservazione che in entrambi i casi la resistenza viene ricercata con l'aiuto di una soluzione salina: ma non si dimentichi che in questi globuli rossi, l'emolisi, in conseguenza della ipotonia, ha già avuto luogo, prima che lo strato di lecitina abbia potuto esser allontanato.

Metodo: si mettono 3 cmc. di soluzione salina in concentrazione decrescente in alcune piccole provette da reazione di ugual calibro, vi si lascia cadere a gocce 0,08 cmc. di sangue, mescolando, si lascia per 15'-30' e poi si centrifuga per 15'. Nelle prime provette il liquido soprastante è incolore, quello dopo rossiccio e poi rosso. Nella soluzione salina più debole, tutti i globuli rossi avranno perduto il loro pigmento e al fondo non si vedrà più nessun eritrocita. Si tratta di determinare nelle provette l'intensità dell'emolisi, là dove ha avuto luogo: questo si può fare confrontandole con una scala rossa. In questo modo si può stabilire con un metodo semplice quale percentuale di globuli rossi esistenti nel sangue sia stata distrutta per mezzo delle varie soluzioni saline ipotoniche, in altre parole, quanto è grande il numero relativo di globuli rossi di differente resistenza.

Con quale soluzione salina si deve misurare la resistenza? Come si sa, per molto tempo si è considerata la soluzione NaCl, isotonica col siero (globuli rossi) come il liquido artificiale più fisiologico. Infatti i globuli rossi mantengono in un tale liquido isotonico lo stesso volume che hanno sul siero, ma non mantengono la loro composizione normale: accade uno scambio fra lo ione Cl monovalente del solvente e lo ione HCO_3 bivalente che è stato dimostrato esser nel siero e nei globuli rossi.

Poichè però per ogni ione bivalente che esce, devono antrare due clorioni, e ogni ione possiede la stessa potenzialità idrofila, indifferentemente se è meno o bivalente, così il contenuto dei globuli rossi, alterato in detto modo, attirerà più acqua di quanto il contenuto normale e il pigmento del sangue possono conseguentemente lasciar uscire. Questo si è dedotto dalla determinazione del punto di congelazione di quei liquidi che non producono nessuna fuoruscita di pigmento.

Na Cl . . . . . Δ = — 0,335°
K NO_3 . . . . . Δ = — 0,330°
Na_2SO_4 . . . . . Δ = — 0,287°
Zucchero di canna Δ = ÷ 0,280°

Si vede che quando il liquido circondante è una soluzione NaCl o KNO_3, la concentrazione di questa soluzione salina la quale sta in equilibrio col contenuto dei globuli rossi, possiede un più grande potere idrofilo che si adopera zucchero di canna, sostanza nella quale non si può parlare di scambio di ioni.

Quello che è stato osservato collo zucchero di canna lo si vede anche con NA_2SO_4, perchè, quantunque non ci sia nessuno scambio di ioni, il potere idrofilo (concentrazione osmotica) del contenuto dei globuli rossi, rimane inalterato. Già questo fatto dovrebbe esser un incentivo per considerare l'NA_2SO_4 più indifferente verso il contenuto dei globuli rossi che non Na Cl. Altra obiezione al Na Cl è che quella soluzione nella quale, dopo un primo lavaggio i globuli rossi non perdono il pigmento, diventa rossiccia dopo ripetuti lavaggi.

Dalla dimostrazione fatta che i globuli rossi contengono del Ca, ne è venuta la conseguenza che alcuni errori che si fanno lavandoli con una soluzione di Na Cl, possono venir evitati aggiungendo una piccola quantità di Ca: i limiti di questa quantità sono molto vicini, fra 0,015 e 0,025 $CaCl_2$ 6 ag. ossia fra 0,001-0,001 5% di ioni di Ca liberi. Una troppo piccola o troppo grande quantità di globuli rossi favorisce l'emolisi, ossia rende i globuli rossi più fragili, e ciò probabilmente per l'influenza della lecitina.

Questo fatto vale non solo per il lavaggio dei globuli rossi, ma anche per stabilire la curva di resistenza.

Si vede dunque che le cellule se si vogliono conservare allo stato normale, devono esser circondate da un liquido che possegga una data quantità di Ca e più precisamente un determinato contenuto di Ca ioni, perchè la parte importante sono gli ioni.

Per i globuli rossi dell'uomo e del coniglio fu preparata la seguente soluzione:

NaCl 0,7 %, $CaCl_2$ 6 ag. 0,04 %, KCl 0,02 %, $NaHCO_3$ 0,18 % con una concentrazione di ioni di H di $0{,}45 \cdot 10^{-7}$. Si può cambiare da questo liquido il grado della ipotonia, modificando la quantità di Na Cl.

Il contenuto di ioni Ca rimane quasi invariato.

Nella miscela suddetta $NaHCO_3$ fa da repulsore come si vede dalla formula di Rono e Takahashi $(Ca) = K \frac{(H)}{(HCO_3)}$, nella quale K è una costante =350. Se ne deduce che il contenuto di ioni Ca è proporzionale al contenuto di ioni H in inversamente proporzionale alla concentrazione di ioni di HCO_3.

Si domanda ora in che cosa consiste questa influenza degli ioni Ca. Le ricerche di chimica colloidale hanno insegnato che l'Na esercita sullo strato superficiale dei globuli rossi una influenza ammolliente (liotropa), e con questo favorisce la emolisi. In più è stato stabilito che il Ca esercita una influenza antagonista su questo ammollimento e con ciò può neutralizzare l'influenza del NaCl che favorisce l'emolisi.

Di quale importanza sia il Ca (ione bivalente) per il grado della emolisi, si osserva inoltre colla seg. esperienza: Se è stato prodotto per mezzo di una soluzione pura di NaCl un principio di emolisi, questa è subito arrestata, perchè con la fuoruscita del pigmento dal sangue, si mette in libertà al tempo stesso il Ca, cioè il Ca divenuto libero fa si che una quantità di globuli rossi che non sopporterebbero più una soluzione pura di NaCl di ipotonie definite, senza emolizzarsi, adesso la sopportano. Quanto più debole è la soluzione di NaCl, tanto più grande è la quantità di Ca che fuoriesce — e tanto più grande è la spinta.

Quindi si sarà propensi ad adoperare invece della soluzione NaCl sin'ora usata, le soluzioni saline isotoniche ora descritte, soluzioni saline nelle quali, per mezzo di un sistema repulsore è assicurata una giusta concentrazione di ioni Ca. Tuttavia il lavorare con queste soluzioni non è facile nè comodo, e il liquido è molto difficile ad esser preparato. Perciò si è cercato altro liquido più semplice che avesse gli stessi requisiti, e questo è *una soluzione di* Na_2SO_4.

In teoria si deve ammettere che l'ione Na del Na_2SO_4 anche qui eserciti una influenza liotropa: ma bisogna supporre allora che l'ione SO_4 eserciti una azione completamente neutralizzante. Pure si può constatare, senza tener conto di tutte le considerazioni teoriche, che tanto per il lavaggio quanto per la determinazione della resistenza osmotica Na_2SO_4 dà gli stessi risultati che una soluzione di Ringer isotonica, come pure con l'ultrafiltrato del siero.

L'ossalato di Ca, adoperato da Widal e Scolari, non è indicato, l'ione ossalato lega il Ca che non è più in grado di neutralizzare l'azione biotropa del Na, tanto è vero che è stato osservato che dopo che il sangue è stato unito all'ossalato, lo si deve subito centrifugare, poichè altrimenti i globuli rossi diventano più fragili. È dunque chiaro che questo sale non si può adoperare per ottenere la curva della resistenza primaria.

Prima di andar avanti con la descrizione delle esperienze con le soluzioni Na_2SO_4, vogliamo accennare al fatto che persino Na_2SO_4 — per analisi — di tanto in tanto ha reazione acida: probabilmente dovuta al $NaHSO_4$.

Si vedono allora i globuli rossi bruno grigio in causa della scomposizione dell'emoglobina. Perciò è necessario che la soluzione madre sia neutralizzata con un po' di $NaHCO_3$ al 5%: si adoperi i lrosso neutro come indicatore.

Inoltre l'acido carbonico dell'aria che viene a contatto con l'Na_2SO_4, se si tiene alla precisione, sarebbe un danno: in questo caso si raccomanda di far passare l'aria assorbita nella bottiglia (che è bene sia provvista di tubo di scarico) attraverso della liscivia di soda. Ma CO_2 in quantità non eccessive è quasi indifferente.

Briukmann ha trovato anche un altro anione bivalente che può esser adoperato, invece del SO_4, e precisamente HPO_4. A questo scopo si prende la miscela di sali Na_2HPO_4 e KH_2PO_4: tale miscela si mantiene abbastanza neutra nonostante l'azione di parecchio acido carbonico.

Esperimenti sull'uso del Na_2SO_4 per i problemi della rigenerazione dei globuli rossi dopo il salasso.

Da due giovani conigli di 100 gr. furono presi rispettivamente 25 e 20 cmc di sangue. Dopo essi ricevono un nutrimento differente. L'uno riceve oltre erba anche avena: chiame-

remo questo « coniglio d'avena ». L'altro viene nutrito con erba sola « coniglio d'erba ».

La ragione di questi modi di esperimento era la seguente: la causa dell'aumento di resistenza che ha luogo nel lavaggio dei gl. r. con una soluzione salina isotonica, aveva insegnato che i globuli rossi quando si trovano nel plasma sono coperti da uno strato contenente lipoidi il quale abbassa la resistenza. Dopo che questo strato è stato levato via, può di nuovo venir assorbito del siero. La forza emolizzante di questo strato trova una espressione nel quoziente $\frac{\text{colesterina}}{\text{lecitina}}$ o $\frac{\text{colesterina}}{\text{acido grasso libero}}$ (coefficente lipocitico di Mayer e Scharffer).

Sembrava ora interessante ricercare, per mezzo della soluzione Na_2SO_4 in quanto questa relazione fosse dipendente dalla nutrizione degli animali e se un eventuale cambiamento nella nutrizione porterebbe anche delle modificazioni nella resistenza o rigenerazione.

È accertato da vari autori che nel coniglio il detto coefficiente è dominato dalla nutrizione e si è visto che:

1) nel coniglio affamato, la resistenza sale e la rigenerazione è molto piccola.

2) che l'aggiunta di lecitina alla nutrizione produceva una emolisi intravitale, ma che, d'altra parte, produceva una rigenerazione molto intensa.

Questi fatti si spiegano perchè col digiuno, la concentrazione di lipoidi era troppo piccola e quindi i globuli rossi si comportavano come dopo il lavaggio. In più dopo il salasso ogni rigenerazione veniva a mancare.

Con l'aggiunta di lecitina di uovo i globuli rossi assumevano una superficie che abbassava di nuovo la resistenza e favoriva l'emolisi: ma il midollo veniva eccitato ad una maggiore attività. Se è giusta questa riflessione che cioè il rinnovamento del sangue è in gran parte in rapporto alla nutrizione lipoidea, allora anche una dieta caloricamente sufficiente, ma povera di grassi (*erba*) produrrebbe gli stessi fenomeni del digiuno. Al contrario si ha una dieta ricca di lipoidi con l'aggiunta di avena all'erba.

Questa teoria fu confermata dalla conta dei gl. r. fatta da Feringa: egli trovò che i conigli nutriti in estate solo con erba dopo un salasso, non hanno quasi nessuna rigenerazione: ma che l'aggiunta di avena ha subito per effetto un aumento del numero dei gl. r., perchè i conigli tenuti ad erba hanno solo pochi lipoidi spostabili col lavaggio nei loro gl. r., mentre i conigli ad avena ne hanno molto. Inoltre nei due conigli, in quello tenuto ad erba c'è poca differenza nella resistenza fra il sangue lavato e il non lavato e nel coniglio ad avena ce n'è molto.

Per controllare il processo della rigenerazione sono state fatte delle determinazioni di volume, invece che la conta del globuli rossi, in cmc. 0,08 di sangue. Queste determinazioni furono eseguite facendo filtrare attraverso carta da filtro un pò di sangue ogni giorno in una provetta chiusa contenente perle di vetro per la defibrinizzazione. Quindi 2 cmc. di soluzione isotonica di Na_2SO_4 vengono messi nel piccolo imbuto di un conoematocrito e messo con cmc. 0,08 di questo sangue defibrinato. Si centrifuga finchè il volume del sedimento è divenuto costante: il volume medio di due ricerche fu considerato come volume dei globuli rossi di 0,08 cmc. di sangue.

La parte capillare del tubo ha un contenuto di 0,04 cmc. questo spazio è diviso in 100 parti uguali: da ogni divisione ha il volume di 0,0004 cmc. I numeri trovati per mezzo della determinazione della resistenza vanno paralleli ai numeri ottenuti con la determinazione di volume.

Si deduce dalle esperienze che anche il numero dei globuli rossi che si distruggano in una soluzione all'1 % di Na_2SO_4 è molto minore in un coniglio d'avena che in un coniglio d'erba.

Si dice ancora che nel sangue umano, come nel sangue di coniglio, il lavaggio con soluzione isotonica di Na_2SO_4 produce un aumento di resistenza. Secondo Widal, questa differenza non si ha col lavaggio con ossalato di Ca. Widal considera questo come un vantaggio: noi come uno svantaggio.

Riassumendo:

1) La soluzione di Na_2SO_4 10 aq. (se necessario neutralizzarlo con $NaHCO_3$) sono molto adatte tanto per il lavaggio quanto per la determinazione del numero relativo di globuli rossi di differenti resistenze (curva di resistenza osmotica).

2) Si possono ottenere queste curve di resistenza osmotica:

a) dai globuli rossi lavati (deplasmatizzati).

b) dai globuli rossi non deplasmatizzati.

a) Per la desplamatizzazione si lavano i globuli rossi 2-3 volte con una soluzione isotonica Na_2SO_4 10 aq. (3 %). Così essi vengono liberati dallo strato di lecitina assorbito dal plasma. Si può immaginare che in questo stato; globuli rossi passano dal midollo delle ossa in circolo. Questi globuli rossi dànno la curva di *resistenza primaria*.

β) I globuli rossi non desplamatizzati possiedono quindi ancora lo strato assorbito dal plasma e la loro *curva* sarà *della resistenza secondaria*.

3) Col lavaggio con una soluzione isotonica Na_2SO_4 i globuli rossi divengono più resistenti, causa la perdita di lecitina che ha la proprietà di far diminuire la resistenza.

4) L'uso di una soluzione pura di Na Cl non è raccomandabile nè per la curva di resistenza primaria nè secondaria. La causa sta in gran parte nella influenza liotropica, che però può esser neutralizzata con l'aggiunta di un determinato contenuto di ioni Ca come si ha nell'ultrafiltrato del siero e nella soluzione di Ringer. Ma l'uso di tali soluzioni saline equilibrate non è facile per chi non sia pratico.

Si è però trovato che la soluzione Na_2SO_4 10 aq. dà precisamente gli stessi risultati che la soluzione ·alina la più equilibrata. Lo stesso non si può dire dell'ossalato di Ca.

5) Mediante l'uso del Na_2SO_4 per la determinazione della curva di resistenza primaria e secondaria si può facilmente studiare una serie di esperimenti riguardanti la decomposizione e rigenerazione dei globuli rossi. Così p. es. è risultato che nel coniglio dopo il salasso, l'aggiunta di lecitina e nutrizione grassa è necessaria per la rigenerazione del sangue (coniglio avena, coniglio erba).

6) In più l'uso del Na_2SO_4 dà un facile mezzo di soluzione della questione se il cambiamento di resistenza dei globuli rossi proviene dai globuli rossi stessi o dal plasma o da ambedue.

GHIRON.

Composizione del sangue normale.

(BIE e MÖLLER. *Archives des Maladies du coeur* aprile 1922).

Gli AA. hanno studiato il tenore in estratto secco del sangue totale e del siero, il volume relativo dei globuli rossi nel sangue defibrinato, il numero dei globuli rossi, e il contenuto in emoglolina nel sangue di 10 uomini e 10 donne normali.

Il tenore del sangue in estratto secco fu riscontrato essere del 2 % maggiore nell'uomo che nella donna, tra gli uomini fu riscontrata una differenza tra il Mx. e il Mn. di 1,90 %, nelle donne di 1,745 %.

Il tenore del siero in estratto secco è invece pressappoco uguale nell'uomo e nella donna, ed è pressappoco uguale in tutti i soggetti sani. Le variazioni nella costituzione del sangue dipendono quindi evidentemente sia dal tenore dei globuli in estratto secco, sia dal rapporto tra il volume dei globuli e quello del plasma.

Fu studiata anche la capacità di assorbimento di ossigeno del sangue, e la percentuale di emoglolina. La prima variò tra un massimo del 22,2 % e 18,4 % negli uomini; e 18,7 % e 16,5 % per le donne. La differenza tra il Mx. e il Mn. era dunque di 3,8 % per gli uomini e del 2,2 % nelle donne.

Il numero delle emazie fu in media 5,594,000 per gli uomini, e 4,729,000 per le donne. Quindi si deve considerare come cifra normale per gli uomini 5,500,000 e per le donne 4.750.000 anzichè 5,000,000 e per le donne 4,500,000 come si diceva fino ad oggi. La differenza tra il Mx. è il Mn. fu per gli uomini 1,405,000 e per le donne di 966,000. Gli AA. pubblicano poi varie tabelle sul volume dei globuli rossi al percento, che non possono assolutamente riassumersi in breve, per queste rimando al lavoro originale. L'interessante lavoro degli AA. dimostra che tra il sangue maschile e il femminile, le differenze di tenore in estratto secco del siero e dei globuli non hanno che una importanza insignificante. Il sangue totale dell'uomo ha una maggiore quantità di estratto secco ed una più grande capacità di assorbimento dell'ossigeno che quello della donna. Questi fatti dipendono sopra tutto da una differenza in percento del volume dei globuli tra i due sessi, mentre le differenze del contenuto in estratto secco del siero e dei globuli hanno perciò minore importanza.

G. H.

La percentoale di fibrina nel sangue e nel plasma.

(GRAUM. *Acta Medica Scandinavica*. Vol. LVI, fasc. II).

L'A. pubblica ben 53 tabelle di accurate indagini da lui eseguite sul sangue in persone normali e malate delle più varie malattie: gastro intestinali, polmonari, nervose, ematiche, reumatismo, eresipela, difterite, suppurazioni, gonorrea, tifo, influenza, tubercolosi, sifilide, malaria, tumori, malattie cardiache renali, gravidanza, eclampsia, ittero, affezioni esotiche ecc.

In tutti questi casi egli studiò lo N dei leucociti, la sedimentazione dei corpuscoli dopo 10 minuti, la crusta flogistica, il colore del plasma, la percentuale della fibrina nel plasma e nel sangue, il volume dei corpuscoli. Da questo studio egli ottenne i seguenti risultati: La percentuale di fibrina nel siero di uomini normali è in media 0,27 % (Mass. 0,36 % e

minimo 0,20%), nelle donne è in media 0,29%. Nel sangue invece la media è del 0,14 %. Queste percentuali variano talora anche nello stesso individuo, ma di poco, non variano invece nel corso della giornata nè in rapporto ai pasti. Nelle malattie di cuore compensate, negli enfisemi afebbrili o nell'asma con bronchite, nelle gastropatie (eccetto il cancro), nelle nevrosi e nelle forme nervose non infettive il contenuto è in limiti normali. Ugualmente nelle forme afebbrili di anemia semplice e di policitemia, però la percentuale di fibrina è maggiore nell'anemia e minore nelle policitemie.

Un aumento della fibrina può essere messo in evidenza nella leucemia e pseudoleucemia sopra tutto linfoide. L'aumento è sempre stato assai netto nella eosinofilia. La percentuale di fibrina fu pure maggiore in un caso di scorbuto, mentre era normale in un caso di porpora genuina. Le forme aplastiche di anemia non seguono leggi speciali. In 14 casi nei quali l'autopsia mostrò degenerazioni grasse, amiloide, atrofia e cirrosi del fegato, la fibrina era meno del 0,20 %.

L'anemia perniciosa e la degenerazione del fegato sono i due soli casi nei quali egli trovò deficienza della fibrina. Ciò appoggia la teoria per la quale il fegato genererebbe il fibrinogeno. Viceversa non si riscontrò che la diatesi emorragica sia causata da una scarsità di fibrina.

In numerose malattie infettive: polmoniti crupose, broncopolmoniti, reumatismo, pleurite, eresipela, suppurazioni, gonorrea, si notò un aumento della fibrina.

Il siero del sangue nell' anemia perniciosa.

(BROCKBAUK. *British Medical Journal*, 22 luglio 1922).

Il colore del siero nell'anemia perniciosa differisce dal colore del siero normale e da quello di ogni altra forma di anemia. Esso ha un colore giallo ben definito che varia in tinta da quello di un fiore di tassobarbasso (Verbascum) a quello del balsamo del Canadà. Questo colore si riconosce facilmente raccogliendo due o tre goccie di sangue in una piccola ampolla di vetro, circondandosi di tutte le note precauzioni per evitare una artificiale emolisi.

Questo sintoma del siero è molto semplice e assai utile per la diagnosi. L'A. discute poi intorno alla probabile causa di questo colore del siero nell'an. perniciosa.

Nota come esso somigli assai al colore del grasso del corpo e che si può pensare si tratti di una sostanza lipocroma. Vi è anche la possibilità che si tratti di pigmento biliare. Fece perciò degli esami del siero collo spettroscopio, e vide subito due nettissime strie di assorbimento nella posizione di quelle dell'ossiemoglolina e, in alcuni campioni di siero, una terza stria meno distinta e più lontana a destra nel verde. Non vide mai alcuna stria a sinistra della linea D nel rosso. Nessun lavoro moderno (conosciuto dall'A.) parla della presenza di ossiemoglobina nel siero normale.

Nessuna linea di assorbimento fu vista in alcuna altra forma di anemia. E può essere utilizzato per la diagnosi il fatto che esse non furono presenti in quelle forme di anemia che col loro alto indice di colorazione e col loro quadro microscopico simulano una anemia perniciosa. Alcuni AA. hanno trovato ematina nel siero di alcuni casi di anemia perniciosa ed essi credono che la bilirubina causi il colore giallo. È certo che vi può essere dell'ossiemoglobina libera nel plasma del sangue circolante nella malattia, ed è possibile, a giudicare dal siero, che vi siano almeno due varietà di anemia perniciosa.

L'A. chiude l'interessante articolo avanzando l'ipotesi che l'anemia perniciosa possa essere una malattia maligna (a malignant disease) del sangue.

G. H.

I corpuscoli leucocitari di Barranikow-Döhle.

(ACCOYER. *La Presse Médicale*, n. 37, maggio 1922).

Or sono circa dodici anni, Barranikow e Döhle, hanno descritto nei leucociti polinucleari neutrofili degli scarlattinosi dei piccoli corpicciuoli basofili in numero da uno a tre, e che prima ritenuti gli agenti patogeni della malattia si limitarono poi a confermare la diagnosi della malattia.

I recenti lavori tedeschi ed inglesi hanno chiarito e definita la natura e il significato etiologico di questi corpicciuoli, nonchè i loro rapporti con la scarlattina.

Negli strisci di sangue colorati col bleu di metilene borato si vedono nei leucociti neutrofili questi corpuscoli, di volume variabile, o rotondi, od ovalari, o triangolari, situati alla periferia del leucocito colorati in bleu grigio pallido. Ma nei leucociti che contengono questi corpuscoli generalmente si vedono degli altri piccoli corpicciuoli colorati intensamente come il nucleo e ad esso riuniti con un fine istmo. Orbene questi corpicciuoli non sono affatto caratteristici della scarlattina e non hanno alcun

valore diagnostico: essi si osservano in numerose malattie specie febbrili ed anche negli individui sani: così si vedono in buona percentuale nel morbillo, nell'erisipela, angina, tifo, parotite epidemica, malaria, difterite. La presenza di questi corpuscoli in una percentuale superiore alla normale è in rapporto con lo stato febbrile.

Cadute ad una ad una tutte le ipotesi emesse dai più svariati autori per spiegare la natura ed il significato etiologico dei corpuscoli di Barranikow-Döhle, l'autore ritiene che siano produzioni nucleari; veri frammenti nucleari; staccatisi dal nucleo, come è stato potuto osservare con la cinematografia dei leucociti, dai movimenti del citoplasma, che già molto attivi allo stato normale lo divengono ancor più in alcuni stati patologici. Questi frammenti di nucleo prima di scomparire digeriti e assorbiti dal protoplasma, costituiscono i corpuscoli di Barranikow-Döhle.

T. DE SANCTIS MONALDI.

Principî delle trasfusioni di sangue.

(B. COHN. *D. Med. Wochenschr.*, n. 26, 1922).

Nelle anemie da perdita di sangue oggi si preferisce la trasfusione di sangue all'infusione di soluzione fisiologica, prima tanto in uso; quest'ultima non fa che mantenere sufficientemente alta la pressione del sangue, mentre con la prima vengono introdotti in circolo eritrociti almeno per qualche tempo attivi e le varie sostanze biologiche contenute nel siero, alcune delle quali eccitano l'apparato ematopoietico alla rigenerazione del sangue. La trasfusione del sangue oltre che nell'anemia acuta è stata tentata nelle malattie del sangue (anemia semplice, a. splenica, a. grave criptogenetica, a. aplastica, malattia di Banti, ecc.), nelle diatesi emorragiche (morbo di Werlhof, affezioni emorragiche dei neonati, emofilia) e in numerose altre malattie. Alcuni raccomandano la trasfusione diretta (innesto e sutura dell'arteria radiale del datore nella vena mediana cubiti del ricevente) altri il metodo indiretto (siringa record, apparecchi di vario genere).

Il sangue da trasfondersi dovrebbe essere esaminato accuratamente (Wassermann, titolo di agglutinazione).

L'agglutinazione però non è la stessa in vitro e in vivo; si raccomanda perciò di far precedere alla trasfusione, l'iniezione di piccole quantità di sangue onde assicurarsi che non si produca l'emolisi. Molti AA. cercano di impedire la coagulazione del sangue da trasfondersi, sia mescolandolo con una soluzione al 3 ½ % di irudina (che provoca però talvolta reazioni violente), sia usando una soluzione debole di citrato di sodio.

Datore e ricevente dovrebbero essere parenti stretti; da madre a figlio non si verifica mai l'emolisi.

Un datore può senza danno cedere 1/4 del proprio sangue. La quantità di sangue trasfusa non deve superare 1/4-1/3 della quantità di sangue del ricevente. Talvolta la trasfusione di sangue determina fenomeni molesti o inquietanti (febbre, brividi, trombosi, azioni tossiche di sostanze anticoagulanti unite al sangue, embolie, emolisi, agitazione, sonnolenza, ittero, collasso).

In alcuni casi (in cui una rapida introduzione di liquido potrebbe danneggiare gravemente il cuore) si può usare l'infusione a gocce, protratta per 24 ore e più (Friedmann); buoni risultati nei feriti dissanguati e nelle diarree intense.

POLLITZER.

Sulle trasfusioni sanguigne.

(A. TZANCK, *Paris médical*, 16 sett. 1922).

L'A. ricorda che nella pratica si può presentare la necessità di una trasfusione sanguigna in tre differenti condizioni.

1) *Trasfusioni sanguigne di estrema urgenza.* In questi casi, essendo ogni minimo ritardo causa di morte, bisogna assolutamente guadagnar tempo, servendosi dei primi donatori, dei primi apparecchi, anche improvvisati, dei primi anticoagulanti che sono a portata di mano.

L'iniezione va fatta più vicino che è possibile al cuore, nelle vene del gomito e meglio ancora alle giugulari.

Le esperienze fatte su animali incoraggiano a praticare l'iniezione intracardiaca, nei casi di estrema urgenza, servendosi di una grossa siringa o di una cannula trequarti lunga 8 cm. con calibro interno di 12/10 di mm. Così, in date condizioni, purchè il cuore non sia assolutamente flaccido, il getto liquido realizza anche un benefico massaggio eccitante sulle pareti interne del cuore.

Nella pratica l'A. consiglia di preparare subito una iniezione endovenosa di siero, prelevare il sangue con una siringa da 100 cc. e venirlo man mano aggiungendo al siero stesso: contemporaneamente su altra vena iniettare direttamente con altra siringa altri 100 cc. di sangue.

2) *Grandi trasfusioni sanguigne.* Si praticano nelle emorragie molto importanti che però ci danno il tempo di circondarci delle massime garenzie. Necessita la buona scelta del dona-

tore, la determinazione della dose minima ed efficace di anticoagulante, e lo studio delle proprietà emolizzanti ed agglutinanti dei due sangui che andranno ad unirsi nella trasfusione.

Il migliore anticoagulante è il citrato di sodio (2-3 gr. per 1000 di sangue). E' bene disporre di una soluzione 1:10 e venirne aggiungendo e mescolando 2 cc. per ogni successivo prelievo di 100 cc. di sangue. Sono ottimi anticoagulanti gli arsenobenzoli alla dose di 1 mmgr. per cc. di sangue, ma solo per le piccole trasfusioni. Siccome l'eccesso di anticoagulante andrebbe a diminuire il potere coagulante del ricevitore, e questo non è senza pericolo negli stati emorragici, bisogna determinarne la dose minima necessaria. In 5 tubi da emolisi si mettono quantità decrescenti di anticoagulante ed 1 cc. di sangue del donatore: si agitano e si lasciano riposare: la migliore dose è quella che in meno di 20' ha determinata la sedimentazione del sangue.

Per saggiare il potere emolizzante, l'A. inietta nel cuore di una cavia mezzo cc. di ciascuno dei due sangui che dovranno unirsi: spesso l'animale non ha disturbo di sorta: qualche volta può rapidamente soccombere con una sindrome da shock molto simile a quella che si ha in qualche trasfusione: in questo caso i due gruppi sanguigni sono incompatibili. L'esperienza non dura più di 5'.

Circa la tecnica della iniezione se non vi è urgenza, alla *iniezione massima*, si preferisca *quella frazionata*, in 3 tempi: 1) iniezione di 1 cc. di sangue del donatore per realizzare una antianafilassi e prelevamento di 1 cc. dal ricevitore per le prove preliminari; 2) dopo 15', se le prove furono favorevoli, iniezione di 30 cc. con la dose classica di anticoagulante; 3) dopo 30', determinata la soglia di incoagulabilità, se ne iniettano 100 cc. Questo terzo tempo può essere ripetuto secondo il bisogno 5, 6 volte iniettando, se ne è il caso, miscele di sangue e siero.

3) *Piccole trasfusioni.* Si fanno le stesse prove preliminari, meno il dosaggio dell'anticoagulante che, in questo caso, può essere un arsenobenzene. Queste trasfusioni più che indicazione chirurgica, hanno un carattere medico: sono semplicissime per la tecnica, ma possono avere delle reazioni sproporzionate alla massa sanguigna iniettata. Le indicazioni ne appariscono ogni giorno più numerose ed esulano manifestamente dal campo terapeutico degli stati emorragici.

PERSIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

F. ZINSSER. *Syphilis und syphilisänliche Erkrankungen des Mundes für Ärzte, Zahnärzte und Studierende (Sifilide ed affezioni simili alla sifilide nella bocca, ad uso dei medici, dentisti e studenti).* III edizione, con 54 figure a colori e 17 in nero. Berlin-Wien, Urban e Schwarzenberg, 1922.

È questa la terza edizione di un pregevole atlante nel quale sono raffigurate le principali manifestazioni della sifilide sulle labbra, nella bocca e nella gola (accidente iniziale, manifestazioni del periodo secondario e terziario, lues ereditaria), e quelle di altre affezioni, come le dermatiti mercuriali, il lupus eritematoso, il lichen e l'eritema essudativo della mucosa orale, la stomatite aftosa, l'angina di Plaut-Vincent, le leucoplasie della lingua, la tubercolosi del palato e della gola, il cancro linguale, ecc., che spesso possono venir confuse con la sifilide.

In nero sono rappresentate le principali manifestazioni della sifilide ereditaria boccale (denti di Hutchinson), la spirochete pallida (preparata con materiale preso da papule labiali), la spirochete della bocca e quella dei denti.

Ogni figura è accompagnata dal testo esplicativo: precedono brevi capitoli in cui sono succintamente riassunti i caratteri propri delle manifestazioni boccali della sifilide nei diversi periodi della sua evoluzione clinica ed i criteri differenziali da affezioni di altra natura.

Le figure, sia quelle colorate che le altre in nero, sono molto ben fatte ed assai espressive. Il testo naturalmente non dice nulla di nuovo, ciò che non era certo nella mente dell'A., il quale proponendosi di fornire ai non specialisti una buona guida per riconoscere le affezioni luetiche della bocca, può dire di avere completamente raggiunto lo scopo.

Consigliamo perciò volentieri agli studiosi questo atlante-manuale nella certezza che essi vi troveranno quanto occorre non solo per riconoscere la sifilide boccale, il che non è poco; ma anche per abituarsi a pensare alla lue negl'infiniti casi di lesioni del cavo orale, talvolta banali all'apparenza, quali ogni giorno si presentano all'osservazione del medico: ciò che, come dice Fournier, è forse ancora piu difficile.

V. MONTESANO.

JULIUSBERG F. *Leitfaden der Kosmetik für Ärzte.* Berlin-Wien, Urban e Schwarzenberg, ed., 1922, pag. 144.

Breve compendio il cui scopo è di dare quelle nozioni di cosmesi che possano interessare il medico pratico. Il proposito è senza dubbio lodevole in quanto tende a dare anche a questa parte della dermatologia, che è stata quasi sempre esclusivo dominio di empirici, una base scientifica e a ricondurre i disturbi della cosmesi nel campo della medicina razionale.

In una prima parte sono largamente trattati i mezzi di cui ci serviamo nella cura della cosmesi cutanea, sia mezzi puramente naturali (aria, acqua, luce), sia medicinali esterni (polveri, saponi, paste, unguenti, tinture, ecc.), sia quelli pertinenti alla terapia fisica propriamente detta (raggi X, raggi ultravioletti, radio, massaggio), sia infine i medicamenti per uso interno.

Nel secondo capitolo l'A. si occupa dei modi più adatti per mantenere alla cute, alle unghie, ai capelli, alle labbra ed ai denti le loro proprietà cosmetiche.

La terza parte riguarda i disturbi della cosmesi in quanto abbiano rapporto con malattie cutanee vere e proprie, come l'acne volgare, l'acne varidiforme, le alopecie, i migli, i nevi, ecc. Le malattie cutanee che entrano in questo campo sono elencate per ordine alfabetico.

Nell'ultima parte infine troviamo con una breve bibliografia di tutto il vasto argomento, considerato dal punto di vista chimico-tecnico e da quello medico, una tabella dei prezzi dei medicamenti più in uso per la cosmesi cutanea. Chiude il lavoro un indice alfabetico.

La trattazione, che ha un carattere pratico ed elementare, è fatta in compenso in modo chiaro, lucido ed ordinato e la lettura di questo libricino sarà certo utile non soltanto per i medici in genere, ma anche per gli stessi dermatologi i quali per lo più considerano tali argomenti come quisquilie e sono poco inclini ad occuparsene di proposito, mentre in realtà non può disconoscersi la loro importanza pratica sia per l'influenza che i disturbi della cosmesi hanno talvolta sullo stato di certi soggetti, psichicamente deboli, sia per i rapporti che i disturbi stessi possono avere con altre malattie.

V. MONTESANO.

G. CALLIGARIS. *Un medico e la guerra.* Un vol. in-8°, di pag. 688. Taddei, ed. Ferrara. Prezzo, L. 25.

Nel titolo stesso del libro troviamo l'antitesi che ne delinea lo spirito; invero nessuno è più lontano dalla guerra — cieco agente di distruzione e di morte — del medico che dedica tutta la sua vita a lenire le sofferenze, a tentare di strappare le vite umane dalla falce della morte. Ecco qui un medico dall'animo profondamente sensibile, che distolto dalla tranquillità de' suoi studi è stato lanciato nella bolgia infernale della guerra, ha veduto la sua città, la sua casa invase e profanate dal tallone nemico; ha sofferto per le sofferenze di coloro che dalla guerra sono stati più duramente colpiti; questo spiega lo stato di animo che informa tutto il libro. E la guerra, così veduta, ci appare ben altra cosa da quella descrittaci a colori convenzionali, quasi rosei; l'A. ce la presenta nel suo aspetto reale ed il lettore la rivive in tutti i suoi orrori, in tutte le sofferenze morali e materiali che essa ha provocato. E da questo l'A. assurge poi ad un sereno ottimismo, auspicando la fine delle guerre e sognando un'era di pace per il mondo.

Si può osservare all'A. che indubbiamente colui che spazia nelle cristalline altitudini dove regna l'amore universale è uno spirito grande, ma non si può dimenticare che la vita attuale è cosa ben diversa. Così l'ideale di una società che egli, ritornando alle idee di Comte, sogna fondata sui principii scientifici, ci appare sorpassato e non dissimile per vitalità e realtà dall'*homunculus* goethiano. Qualche freddo critico potrà cogliere nel grosso volume alcune contraddizioni, come per esempio l'asserzione che si sfasci il dogma della colpabilità umana e la grave requisitoria contro i responsabili della guerra dei quali si chiede la severa punizione. Ma tutto ciò dimostra anzi la foga e la sincerità con cui è stato scritto il libro, riboccante di calda passione; esso si legge con avidità e possiede fra gli altri meriti quello di mettere in bella luce l'opera dei nostri soldati di cui l'A. ricorda con ammirazione ed amore le sofferenze silenziose, l'abilità meravigliosa, la resistenza, l'operosità, la pazienza, che hanno reso grandi questi ignorati ed umili eroi.

fil.

Prof. ARRIGO PIPERNO. *Salute.* Prezzo lire otto. Società Editrice Dante Alighieri, Roma.

Con questo volume il prof. Piperno ha risoluto il problema del libro di igiene che diletti ed educhi, che interessi ed istruisca.

Su la precedente edizione la presente ha notevoli vantaggi di completezza, di chiarezza, di adattamento pedagogico.

La parte riguardante la igiene sessuale è stata convenientemente purgata.

Il libro potrà così entrare in tutte le scuole, in tutte le famiglie senza urtare suscettibilità e pregiudizi, che a torto o a ragione vogliono essere rispettati.

Esprimendo l'augurio che al libro arrida prospera la fortuna che merita più che far cosa grata all'autore, intendiamo far voto che la coscienza igienica del nostro popolo vada rafforzandosi.

a. a.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

NAVARRO FERNANDEZ ANTONIO. *La lucha contra la Avariosis en los paises escandinavos.* — Madrid, Imprenta Municipal, 1922.

PARK FRANCIS E. *Treatment of influenza by an apparently specific method.* — New York, William Wood e C., 1920.

QUINTELLA LUIZ FILIPPE. *Contribuiçáo para o estudio anátomo-patológico do cancro primitivo das glándulas salivares do paladar.* — Lisboa, A. Mendonca, 1922.

SALMON ALBERTO. *Il diabete insipido.* — Napoli, Tipogr. « Studium », 1922.

SANGIORGI PIERO. *Le forme malariche albanesi e la loro terapia.* — Cusano Milanino, A. Colombo e F., 1922.

SPREMOLLA GIUSEPPE. *Sulla istopatologia della micosi fungoide.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1922.

TESTI ALBERICO. *Contributo alla conoscenza delle pseudo-tubercolosi.* — Firenze, Carpigiani e Zipoli, 1922.

VENTURELLI G. *Ricerche sperimentali intorno alla sierodiagnosi di Sachs-Georgi per la diagnosi della sifilide.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1922.

ZANNONI CIRILLO. *Sulla diffusione del Tracoma nella città e provincia di Firenze.* — Faenza, Tip. C. Lega, 1922.

BRAVETTA E. e INVERNIZZI G. *Il cocainismo.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1922.

CALAMITA OTTAVIO. *Il trattamento chirurgico extrapleurico nella tubercolosi polmonare.* — Bari, Gius. Favia, 1922.

CANAC-MARQUIS F. P. *Contributions to surgical technique.* — San Francisco (California), 1922.

CATTANI GIUSEPPE. *Della propagazione ossea a distanza dei rumori pericardici e dei toni cardiaci.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1922.

COZZOLINO O. *Un nuovo segno della adenopatia tracheo-bronchiale nei bambini: la dilatazione delle vene toracico-epigastriche.* — Napoli, M. Tocco, 1922.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 19 gennaio 1923.

Presidenza: prof. B. ROSSI, presidente.

Nuovo metodo operativo per la cura della lussazione abituale della rotula.

R. GALEAZZI. — Il nuovo metodo operativo risponde ad un indirizzo da lui seguito nella cura di molte affezioni dell'apparato locomotore, in cui egli associa il trapianto tendineo o muscolare come intervento compensativo. Così ad evitare l'indebolimento secondario all'allungamento del muscolo quadricipite per avvicinare e suturare i frammenti di una frattura rotulea molto allontanati, pratica il trapianto del Sartorio: per compensare le deficienze del tricipite allungato per riparare una estesa perdita di sostanza del tendine di Achille, trapianta il flessore dell'alluce.

Nella lussazione abituale della rotula innestata sottoperiostealmente su di essa il tendine del retto interno e del semitendinoso, cercando un robusto legamento obliquo interno.

L'operazione eseguita in sei casi di lussazione abituale diede costantemente risultati perfetti e definitivi.

Di una rara malformazione congenita.

A. LAVERMICOCCA. — Si tratta di una ragazza che ha l'arto inferiore destro ipotrofico e deforme. In esso si riscontra fra l'altro: assenza totale della rotula; impossibilità di estendere il ginocchio oltre l'angolo retto per tensione specialmente del semitendinoso che dalla tuberosità ischiatica va direttamente ad inserirsi al terzo inferiore della tibia; piede varo-equino mostruoso con otto dita (per le prime due vi è sindattilia), impiantate su altrettanti metatarsi. Anche il piede sinistro ha sette dita (due alluci soprannumerari).

Oltre a queste deformità di natura congenita, che non hanno mai permesso la deambulazione senza le grucce, l'ammalata ha pure un grave ginocchio valgo sinistro statico con accentuata lussazione esterna abituale della rotula.

Quest'ultima affezione ha dato modo di svelare un fenomeno caratteristico allorquando la paziente è in ginocchioni. In detta posizione, cioè, il ginocchio ha una manifesta instabilità di appoggio, essendo sollecitato di continuo da spostamenti in lateralità.

L'O., che per la prima volta ha osservato questo fatto, ne spiega le ragioni che rispondono alle particolari condizioni statiche e dinamiche provocate dalla lussazione della rotula, in rapporto alle necessità dell'equilibrio del corpo nella detta stazione.

Contributo alla casistica della tubercolosi nell'età senile.

V. RONCHETTI e FRANCO ROSSI. — Gli OO. illustrano due casi di meningite tubercolare interes-

santi oltrechè per l'eventualità piuttosto rara di una tale forma nell'età senile (66 e 57 anni) anche per l'eventualità, in apparenza paradossale, verificatasi nel primo caso di una tubercolosi bilaterale delle capsule surrenali, con vastissime zone di caseosi, senza melanodermia, e con ipertensione arteriosa, riferibile a un grave processo nefritico in corso. Questo stesso caso si presentava interessante anche perchè il liquido cefalo-rachidiano era spiccatamente xantocromico. La xantocromia del liquor, coll'intensità che si presentava in tale caso, non è comune nelle meningiti tubercolari.

C. VALLARDI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 29 dicembre 1922.

Apparecchio a valvola per il pneumotorace artificiale.

Prof. L. LUCATELLO. — L'O. presenta un apparecchio che consiste in una valvola ad acqua costrutta con una bottiglia a filtrazione nel vuoto. L'acqua è sostituita da una soluzione di acido pirogallico e di potassa caustica per impoverire l'aria dell'ossigeno e dell'anidride carbonica: alla tubulatura laterale, ripiena di cotone sterilizzato, si innesta un tubo di gomma che termina coll'ago cannula. Nessun rubinetto nè ad una nè a più vie, per evitare facili errori di manovra.

Il patente gorgoglio dell'aria nell'acido pirogallico ci fa seguire dal principio alla fine l'operazione, finchè si abbia pressione negativa nel cavo pleurico. Un'embolia gasosa è resa impossibile. Le indicazioni manometriche che dà la valvola sono pronte ed evidenti. La pressione esistente nel cavo pleurico si misura da quanto occorre immergere nella soluzione il tubo di accesso dell'aria perchè cessi il gorgoglio suddetto.

Se il tubo di accesso dell'aria atmosferica pesca appena nella soluzione e tuttavia cessa il gorgoglio, abbiamo un sicuro indizio che la pressione endopleurica si è equilibrata a zero. Se negli atti respiratorii si vede alternativamente gorgogliare l'aria e salire la soluzione nel tubo, se cioè la valvola ad acqua si apre e si chiude, è segno che la pressione endopleurica oscilla intorno a zero, negativa nella inspirazione e positiva nella espirazione.

Con la valvola ad acqua si ha tutta la operazione presidiata ed autoregolata dal polmone.

Quando poi si creda opportuno in successivi rifornimenti di forzare la introduzione dell'aria, basterà spingervela nel tubo di accesso con qualunque mezzo (pera di gomma, vescica, doppia palla di Richardson, ecc.). Si potrà controllare subito e rapidamente la pressione positiva creatasi in cavità pleurica, osservando di quanti centimetri si innalza la soluzione nel tubo di accesso dell'aria.

Desiderando conoscere la quantità di aria introdotta, cosa che ha poco valore perchè importa sopratutto raggiungere una determinata pressione nel cavo pleurico e non sapere quanta aria è occorsa per ottenere questo risultato, potremo giovarci di una vescica-serbatoio come quella del noto apparecchio del Morelli.

Stenosi croniche e vizii di posizione del duodeno.

Prof. M. DONATI. — L'O. enumera le varietà anatomiche ed eziologiche di stenosi duodenali da cause estrinseche, e cioè: 1) l'angolazione e inginocchiamento fra prima e seconda porzione per ptosi; in questo caso la prima porzione è generalmente anteposta e si ha la tipica stenosi di posizione, sulla quale l'O. ha già avuto occasione di insistere; 2) l'angolazione fra prima e seconda porzione (per lo più lateroposte) per aderenze; 3) la angolazione fra seconda e terza porzione per aderenze; 4) l'angolazione eccessiva duodeno-digiunale per ptosi ileale (Lane) e per aderenze fra quarta porzione del duodeno e prima ansa del digiuno; 5) la compressione della prima e della seconda porzione del duodeno per briglie congenite colecisto-duodeno-epiploiche; 6) la compressione della terza porzione per briglia congenita del mesocolon, a colon mobile; 7) la compressione per peritonite adesiva pre-duodenale; 8) la compressione della terza porzione per parte del peduncolo mesenterico dovuta: *a*) ai vasi mesenterici superiori formanti corda (nei casi estremi si avvera l'occlusione acuta cosidetta arterio-mesenteriale; *b*) a mesentere troppo breve; *c*) a mesenterite sclerosante; *d*) a linfoadeniti mesenteriche croniche iperplastiche; 9) la compressione della terza porzione per parte del mesocolon trasverso, sia esso lungo e stirato per ptosi, sia anomalo per difetto di coalescenza, onde compressione per parte dei vasi colici; 10) la compressione e angolazione della terza-quarta porzione e dell'angolo duodeno-digiunale per la mesenterite retrattile della loggia sotto-mesocolica che l'O. descrisse qualche mese fa e che osservazioni dell'Anzillotti, del Troiane e di altri hanno già confermato; 11) la compressione per torsione dell'intestino complicata con difetto di accollamento del mesocolon: 12) la compressione per processi neoplastici e infiammatorii estrinseci e per calcoli biliari; 13) le anomalie di posizione per trazioni abnormi (pseudo-diverticoli) da aderenze infiammatorie epato-duodenali.

Si sofferma su alcune osservazioni di casi di quest'ultima specie dall'O. stesso osservati e operati; nonchè su due casi di megaduodeno rispettivamente da stenosi di posizione dell'angolo duodeno-digiunale e da stenosi arterio-mesenteriale fra terza e quarta porzione, e tratta in particolare dell'importanza e della tecnica della duodeno-digiunostomia, operazione che egli ha eseguito, crede per primo in Italia, nel primo caso summenzionato di mega-duodeno con risultato soddisfacentissimo.

L'influenza dei gaz e della reazione del sangue sul centro vasomotore bulbare.

CARLO FOÀ. — L'O. continuò le sue ricerche sulla funzione automatica del centro vasomotore bulbare cioè sulle oscillazioni che si osservano nella pressione arteriosa di un cane curarizzato e sotto-

posto alla insufflazione tracheale continua secondo Meltzer-Auer. Queste oscillazioni della curva emodinamica (scevre da ogni influenza meccanica) aumentano di profondità e di frequenza se viene aumentata la concentrazione degli idrossilioni del sangue o se cresce moderatamente quella degli idrogenioni. Invece forti dosi di una soluzione 1/6 gr. mol. di fosfato monosodico tali da diminuire la tensione dell'anidride carbonica e da aumentare fortemente la concentrazione del sangue arterioso, riducono la frequenza e l'ampiezza delle onde vasomotrici.

Che il metodo di Meltzer-Auer valga a mantenere perfettamente ossigenato il sangue anche nelle esperienze di lunga durata, è dimostrato dalla saturazione percentuale del sangue carotideo misurata con l'apparecchio di Barcroft che raggiunge il 96-98 %.

Importanza del sintomo dolore nella diagnosi e cura della gravidanza extrauterina.

Dott. prof. F. VALTORTA. — L'O. in mancanza dei comuni sintomi di probabilità, se una donna per doglie tubariche richiama la nostra attenzione e troviamo una tumescenza juxta-uterina con caratteri sospetti gravidici propone la vigilanza a mano armata; se le doglie si ripeteranno, non deve procrastinarsi l'intervento. Riferisce due casi di recente operati nei quali la netta indicazione all'asportazione della sacca gravidica venne data dal sintoma dolore. L'intervento sarà per via addominale, e consisterà nell'annessiectomia, non dimenticando in taluni casi la terapia conservativa così bene illustrata e largamente sperimentata col migliore successo dal Mangiagalli.

G. CEVOLOTTO.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 1° dicembre 1922.

Sull'evoluzione degli innesti autoplastici transossei e transarticolari di fascie e di tendini con particolare riguardo alla ricostruzione dei legamenti crociati.

BERTOCCHI e BIANCHETTI comunicano i risultati di esperimenti, intesi a seguire l'evoluzione di innesti autoplastici transossei e transarticolari di fascia e di tendine, dai quali risulta che essi attecchiscono fissandosi all'ospite a spese specialmente del periostio, e mantenendosi vitali e indipendenti dall'osso, senza subire fenomeni di calcificazione e di ossificazione.

Per gli innesti transarticolari, gli OO. hanno sempre operato sul ginocchio, nei conigli il risultato dinamico funzionale risultò ottimo sotto ogni rapporto: l'esame istologico dimostrò perfetta conservazione nel decorso transarticolare; le alterazioni e i postumi articolari furono d'importanza quasi trascurabile; il tendine si è in genere dimostrato più adatto per questi innesti prestandosi meglio della fascia a sostituire legamenti di forza quali sono i legamenti crociati.

In base a queste esperienze gli OO. credono di poter concludere che la ricostruzione dei legamenti crociati, secondo la tecnica generale di Groves-Smith, in caso di lacerazioni gravi o rilasciamento dei legamenti stessi, nelle artroplastiche per anchilosi ossee, ecc., è un intervento possibile e suscettibile di ottimi risultati, il che concorda coi dati clinici operatorii fin qui pubblicati.

MORPURGO e UFFREDUZZI rilevano l'importanza pratica e scientifica delle esperienze degli OO.

GRIGNOLO. — *Due casi di dystrophia epithelialis corneae.*

Di una particolare forma di cheratite da puntura di ape.

GRIGNOLO. — In seguito a puntura della cornea fatta da un'ape ha rilevato un'infiltrazione profonda della cornea distribuita a chiazze regolari, alcune a forma quasi esagonale, separate l'una dall'altra da tessuto trasparente, più opache agli orli che alla parte centrale. Accompagnavano la lesione corneale intensi fenomeni irritativi bulbari e l'iride si presentava decolorata con tendenza al colore verdastro. Non vi era traccia di vascolarizzazione corneale nè superficiale, nè profonda. Queste alterazioni scomparvero nel periodo di 8 mesi con ripristino della funzione visiva.

PIETRO SISTO.

Società medico-chirurgica di Pavia.

Seduta del 2 febbraio 1923.

Contributo alla Istopatologia della Poliorromenite tubercolare.

Dott. PIERO REDAELLI, assistente; PAOLO INTROZZI (laureando allievo interno). — Gli OO., descrivendo un caso di Poliorromenite semplice a localizzazioni successivamente discendenti, hanno avuto occasione di mettere in luce alcune particolarità del decorso clinico che non hanno permesso la diagnosi clinica, e con l'accurato esame istopatologico alcune particolarità che non hanno permesso la diagnosi al tavolo anatomico.

La puntura cerebrale nella diagnosi degli stati demenziali non paralitici. (Nota seconda).

E. BRAVETTA e A. GATTI CASAZZA. — Continuando nelle loro ricerche, gli OO. comunicano di avere praticato la P. C. sopra ammalati di demenza senile, presbiofrenica, arteriosclerotica, epilettica, mioclonoepilettica, ecc.

Essi descrivono ed illustrano minutamente le alterazioni istopatologiche riscontrate nei suddetti ammalati: quindi concludono affermando che lo studio degli stati morbosi rilevabili coll'esame del frustolo di sostanza nervosa ricavato colla P. C., se non ha qui lo stesso decisivo valore che gli OO. stessi hanno confermato nella demenza paralitica, può però sempre essere di grande aiuto per escludere o per affermare una diagnosi di malattia mentale dipendente da lesioni cerebrali diffuse.

Dott. F. RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

ORGANI URINARI.

Contributo allo studio della litiasi renale.

S. P. Fédorov di Pietrogrado (*La Presse Médicale*, 1922, n. 74) pubblica una statistica riguardante le operazioni eseguite personalmente per litiasi renale.

Gli interventi furono 250: nel 14 % dei casi, la litiasi era bilaterale. L'A. eseguì 93 nefrectomie, 42 nefrotomie, 69 pielotomie, 13 pielotomie associate a nefrotomie, una nefropielotomia, 9 operazioni plastiche sul bacinetto e sugli ureteri e alcune aperture di ascessi perinefritici.

La mortalità per tali interventi, dai primi giorni fino a nove mesi dopo l'operazione, fu di 28 malati (11.2 %); per nefrectomia perirono il 9.3 % di persone; per nefrotomia il 18.8 per cento; tutti i pielotomizzati guarirono; così anche per le ureterolitotomie.

Variabili sia per volume che per forma furono i calcoli rinvenuti: il più grosso pesava 320 grammi; due calcoli del bacinetto pesavano rispettivamente 126 e 192 grammi. Il calcolo più voluminoso dell'uretere misurava cm. 19 di lunghezza. Il più gran numero di calcoli visto dall'A. fu di 67.

Per il maggior numero di calcoli si trattava di calcoli misti. L'A. operando dei recidivi, dopo il secondo intervento ha rinvenuto calcoli di materiale diverso dai precedenti: così a distanza di un anno e mezzo ritrovò un calcolo fosfatico nel mentre la prima volta aveva ritrovato un calcolo urico.

Una forma particolarmente tenace è data dalla litiasi bilaterale che nell'ottanta per cento dei casi deve mettersi in rapporto con l'ereditarietà.

MONTELEONE.

Un caso di perinefrite suppurata sottocapsulare.

Il dott. Colard (*Le Scalpel*, 23 settembre 1922) riferisce un caso, molto raro, nel quale solo dopo cinque settimane di decorso febbrile più o meno regolare, con orine normali, lieve tumore di milza, Widal negativa, modica polinucleosi con 10.000 leucociti per mmc., condizioni generali buone, esame degli organi negativo, fu possibile la diagnosi di suppurazione della loggia renale sinistra: perchè si erano finalmente manifestati all'angolo splenocolico dei dolori esacerbantesi con la defecazione, ed alla regione perirenale una tumefazione mobile.

All'atto operativo si trovò invece un grosso ascesso sottocapsulare, con capsula fortemente distesa e rene apparentemente normale.

La cultura del pus mise in evidenza solo tetrageni e protei.

PERSIA.

Incontinenza di urine essenziale. Spina bifida occulta.

Si chiama incontinenza, ordinariamente, quello che in realtà non è che minzione involontaria e non percepita. Si chiama essenziale, allorchè non se ne trova nell'indagine, la causa. Pierre Delbet, André Léri, presentano all'Académie de médecine (1923, *Bulletin* n. 2), un individuo di 23 anni, ben sviluppato, dalla taglia elegante, dal bacino femminile, dal viso glabro, con i peli del pube ben sviluppati, nel mentre i testicoli sono completamente atrofici. Nessun disturbo motore, nè sensitivo, nè riflesso. Il p. orina in letto quasi tutte le notti: gli organi urinari sono normali, ogni cura è stata inutile. Ad una radiografia si trova una doppia deiscenza sacrale; il IV e V segmento sacrale sono aperti all'indietro; esiste una larga deiscenza tra il I e II segmento sacrale, triangolare a base superiore. Insomma una spina bifida che occupa tutta l'altezza del sacro, salvo il III segmento che è saldato.

Con intervento chirurgico, ribattuto un largo lembo cutaneo ed incisa l'aponeurosi, gli AA. trovarono una briglia trasversale di consistenza fibrocartilaginea, che incrociava il cul di sacco durale un cm. al di sopra della sua terminazione; procedendo nell'atto operativo fu messa a nudo facilmente la dura madre; incisa la briglia, scollate e resecate le sue due metà, una leggera pressione del dito fece rifluire il liquido cefalo-rachidiano dall'alto in basso e dal basso in alto. L'esame istologico mostrò che la briglia era formata di connettivo denso, disseminato di cellule cartilaginee, con un piccolo nucleo osseo. Il seguito della operazione fu felice, nei due mesi seguenti, il p. non ha orinato che una volta in letto; la resezione della briglia che comprimeva la coda equina ha fatto cessare le minzioni notturne. Non si può negare che la briglia, legata alla spina bifida, era la causa dell'infermità del nostro malato. La briglia senza dubbio agiva producendo con leggera compressione una paresi dei nervi vescicali, paresi insufficiente a produrre l'incontinenza allo stato di risveglio del p., ma sufficiente per produrla nello stato di sonno.

MONT.

MISCELLANEA.

Atrofia ossea da disuso.

Allison e Brooks hanno osservato negli animali che il grado di atrofia di un osso è direttamente proporzionale al grado del disuso. La fissazione meccanica produce un'atrofia comparabile a quella da sezione dei nervi o da lesioni articolari. I dati clinici, nell'uomo, concordano con questa veduta.

Negli adulti l'atrofia da disuso modifica poco i contorni e i diametri delle ossa, ma ingrandisce il canale midollare e rende l'osso più poroso.

Nell'adolescenza la crescita per effetto del disuso si fa più lenta, e si arresta più precocemente, quindi possono residuare alterazioni stabili, mentre nell'adulto l'uso porta la restitutio ad integrum. Il disuso ostacola la produzione di osseina, ma non distrugge le cellule ossee, onde il processo riparatore non avviene per moltiplicazione delle cellule, ma per un risveglio della loro funzione.

(*Journ. A. M. A.*, 2 dicembre 1922).

DORIA.

Indicazioni per l'estrazione dentaria.

Si sa da tempo, sebbene da non molto si sia riconosciuta l'importanza del fatto, che focolai infettivi dentari possono essere il punto di partenza di altri focolai infettivi o di infezioni generali.

Però, dato che in oltre il 70 % delle persone ben portanti si hanno piccoli focolai infettivi peridentari, che vengono ben tollerati, non è logico estirpare ogni dente che presenti una piccola lesione.

Occorre curare opportunamente i focolai dentari e peridentari, con adatti interventi, e solo allora decidersi al sacrificio, quando le condizioni statiche del dente lo rendano inutile per la masticazione, il che sempre è indice di processi infettivi peridentari estesi; oppure quando per le condizioni del dente, del cemento in particolar modo, dell'alveolo (radiografia!) e delle gengive non si può sperare nella guarigione con altri mezzi.

Il cemento si può considerare un osso periostale privo di vasi. Quando per qualsiasi processo viene denudato e distaccato dalla membrana peridentaria, cade in necrosi, e mantiene a lungo processi suppurativi. Se essi sono ribelli possono indicare l'avulsione del dente. Gli ascessi alveolari iniziano generalmente verso l'apice della radice: in primo tempo se ne può aver ragione senza estirpare il dente. Giova a scoprirli, oltre un esame scrupoloso ed un'esatta valutazione dei disturbi soggettivi, la radiografia, che non dovrebbe mai essere omessa da chi soffre di denti.

Quando le condizioni generali del paziente fanno presumere fondatamente che dal focolaio dentario si produca uno stato infettivo generale, sia pure in forma lieve (cefalea, dolori reumatoidi, febbre, ecc.), il dente va estratto.

Il curettage dell'alveolo non è generalmente indicato, salvo condizioni speciali.

(A. BLACK. *Jour. A. M. A.*, 2 dicembre 1922).

DORIA.

I brodi di legumi.

Nella terapeutica infantile, la dieta idrica può essere continuata per 24-48 ore al massimo; dopo di essa il ritorno al latte deve farsi con molta prudenza, specialmente nei bambini con gastro-enteriti acute. Riescono in tali casi molto utili i brodi di legumi di cui J. Konings (*Le Scalpel*, 4 nov. 1922) riporta alcune formole.

(Mery) Carote g. 40; patate g. 30; navoni g. 10; piselli o fagioli secchi g. 10; sale da cucina g. 4; acqua litri 2. Sbucciare, lavare e far bollire per quattro ore, passare a traverso tela; prepararlo tutti i giorni.

(Comby) Frumento, orzo perlato, granoturco pestato, fagioli bianchi secchi, piselli secchi, lenticchie ana g. 50. Far bollire per tre ore riducendo ad un litro.

Il brodo di legumi può essere salato, meno che nella scarlattina o nel regime declorurato oppure zuccherato (70-80 g. di zucchero per litro). Esso è facilmente digerito; nutriente e diuretico.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Relazioni tra autolisi e atrofia.

L'atrofia non è sempre un fatto patologico, ma talora è una reazione fisiologica. Lo studio dei rapporti tra autolisi e atrofia fu intrapreso da Salkowski nel 1889, e ripreso recentemente, con le accresciute nozioni sull'importanza della concentrazione degli idrogenioni in molte reazioni fisiologiche e biochimiche. È ben nota l'autolisi asettica dei tessuti morti, specialmente ghiandolari, che mette capo ai tipici prodotti della digestione alimentare degli stessi tessuti. La quantità e l'intensità dell'autolisi è influenzata in alto grado dalla reazione del mezzo. Quasi nulla in mezzo alcalino o neutro, è attiva in mezzo acido, e vi è anzi un *optimum* di concentrazione.

Finchè un tessuto ha un metabolismo normale e un sufficiente apporto di sangue e linfa, mantiene la reazione normale del sangue p. H. 7.4, e non va soggetto ad autolisi. Se cresce la produzione di acidi, e non è com-

pensata da una maggiore irrorazione, o se questa diminuisce e si accumula quindi acido carbonico, solforico, fosforico, ecc., vi sono secondo Brandley le condizioni perchè si produca un'autolisi che può portare all'atrofia del tessuto.

La pressione del latte stagnante nella mammella non più succhiata fa diminuire l'irrorazione sanguigna, e a ciò contribuiscono anche le fasciature per arrestare il latte; le contrazioni uterine anemizzano l'organo dopo il parto; onde si produrrebbe acidosi locale, autolisi e atrofia. Così pure spiega Brandley l'atrofia degli alveoli polmonari nell'avvelenamento da gas di guerra che aumentano l'acidità dei tessuti, nonchè l'atrofia del fegato in seguito ad avvelenamento o ad alterata circolazione. La lieve atrofia generalizzata dei vecchi sarebbe pure in rapporto con la deficiente irrorazione sanguigna. I focolai di rammollimento nei tumori si produrrebbero con simile meccanismo: è il tessuto fibroso neoformato che retraendosi strozza i capillari. Il cervello e il cuore resisterebbero molto all'autolisi in virtù della loro sovrabbondante irrorazione.

Per converso un'eccessiva irrorazione che mantenga una reazione neutra favorirebbe lo accrescimento così dei tessuti normali che dei neoplasmi.

(*Journ. A. M. A.*, 2 sett. 1922).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Istituzioni per epilettici. — All'abb. n. 1340-1:

Non vi sono in Italia colonie agricole per epilettici. Un ottimo istituto per ragazzi anormali è quello diretto dal dott. Carlo De Sanctis e cioè: «Villa Amalia», viale della Regina, n. 79-81 - Roma. FUMAROLA.

Trattati di batteriologici. — Al dott. A. T., abb. n. 3926:

Per ricerche scientifiche è migliore Dopter e Sacquepée.

Per scopi clinici sono preferibili gli altri due, e specialmente il Bezançon, anche pel fatto che il Besson non è ancora ristampato completamente. PUNTONI.

Trattato di patologia medica. — Ai dottori L. d'O. e P. R.:

Non possediamo trattati italiani di patologia medica recenti. Credo che tra i tanti pubblicati all'estero in questi ultimi anni e tradotti in italiano, lo Strümpell possieda le qualità migliori per il medico pratico. L'ultima edizione è del 1922 e la traduzione è fatta sulla 22ª tedesca. *t. p.*

VARIA.

La morale sessuale.

Uno dei problemi più discussi, e la cui soluzione ha certo una notevole importanza sociale, è quello riguardante i rapporti tra moralità e sessualità, o meglio quello riguardante la determinazione dei limiti della morale sessuale.

Le oscillazioni di questa etica in relazione alle varie epoche ed alle varie località sono quanto mai ampie e risentono la influenza di fattori cosmici, etnologici, culturali, religiosi e simili.

Si tratta quindi di una quistione che non può studiarsi e risolvere con criterî unilaterali, e tanto meno affrontarla dal punto di vista puramente biologico senza tener conto degli innumeri reciproci rapporti che il fatto fisiologico ha nella vita individuale e sociale.

Certo chi considera la sessualità esclusivamente come fatto biologico non può non trovare che tutte le moralità, quella vigente, come quelle tramontate, in fatto di educazione e di vita sessuale sono irrazionali.

Proteus in un articolo comparso sulla *Rassegna di Studi sessuali*, partendo dal criterio biologico batte violentemente in breccia contro la odierna morale sessuale, anzi ne nega la esistenza.

La moralità per essere utile, egli afferma, non deve soffocare le aspirazioni degli individui, nè inibire la soddisfazione dei loro bisogni organici e spirituali. La collettività è tanto più perfetta quanto più è costituita di individui che abbiano svolta tutta la loro personalità. Il sacrificio dell'individuo nella collettività non ha altro effetto che quello di asservire e quindi di indebolire i corpi, le intelligenze e le volontà.

Si comprende come partendo da queste premesse Proteus giunga in fatto di etica sessuale a conseguenze tutt'altro che ortodosse.

Tolti i casi di offesa alla personalità fisica e morale di un altro individuo, egli scrive, non è applicabile alle manifestazioni della sessualità la denominazione di morali o immorali. Gli atti della vita detta sessuale, di per sè, non sono nè morali, nè immorali, ma esulano puramente e semplicemente dal dominio della moralità: sono amorali. Divengono immorali, quando interferiscono con la integrità fisica e morale di altre persone; ma allora il carattere di immoralità è secondario.

Proteus nega quindi l'esistenza di una vera morale sessuale, a meno che non si voglia identificarla con l'igiene sessuale.

I problemi della mono- o poligamia, della limitazione delle nascite, del divorzio, della prostituzione, ecc., sono problemi giuridici, sociali, politici; la quistione delle anomalie sessuali è fisiologica, clinica, estetica, ma non morale. Esiste, insomma, un'igiene, una fisiopatologia, un'estetica, una sociologia, una politica sessuale, ma non una vera e propria etica sessuale.

Proteus osserva che molte quistioni sessuali trovano soluzioni diversissime davanti alla coscienza morale dei varî gruppi e delle varie epoche. Molto di ciò che ora è o pare immorale ha informato un tempo o potrà informare in seguito la coscienza di tutti. L'omoerotica, che da noi è biasimata, pareva indifferente o addirittura lodevole agli antichi e ai nostri grandi del Rinascimento. L'aborto provocato che oggi, indicazioni cliniche a parte, ci pare un'azione criminosa, non sembrerà forse tale in avvenire se ragioni eugenetiche, economiche o simili consiglieranno di tollerarlo.

Che le idee morali in fatto di sessualità siano mutevoli con i tempi e con i luoghi nulla toglie al loro valore pratico. Tutta la morale è relativa. Anche ai nostri tempi l'omicidio è biasimato e punito in tempo di pace, è lodato e premiato in tempo di guerra. Lo stesso Proteus afferma che la legge morale, la quale pare originaria e misteriosa, non è che un prodotto storico evolventesi e mutabile nelle diverse società, nei diversi ambienti, nelle diverse epoche; e il principio di obbligazione morale è il risultato di un'associazione di idee, quando non è il semplice specchio dell'utilità attuale del gruppo e dell'epoca.

Il carattere adunque di mutabilità e di utilità conferma, non esclude la esistenza di una moralità sessuale.

Senza voler ricorrere alle esagerazioni pansessualistiche del Freud, che materia di sessualità tutte le manifestazioni psichiche dell'uomo, è certo che il sesso domina per un lungo periodo della nostra vita. E sarebbe davvero strano che questo istinto non dovesse essere regolato da leggi morali sia pure mutevoli con il mutare delle necessità generali, e non debba quindi essere assoggettato alla educazione.

Che la quistione della mono- o poligamia, della limitazione delle nascite, del divorzio, della prostituzione siano problemi che abbiano addentellati giuridici, sociali, politici, non esclude che siano problemi essenzialmente morali. In Francia può essere immorale che le donne non partoriscano perchè la deficienza di popolazione è dannosa alla collettività, come in Italia può essere immorale mettere al mondo figli nella proporzione attuale perchè le scarse risorse del suolo e del sottosuolo non sono sufficienti per una così densa popolazione.

Discutere della moralità del puro fatto fisiologico è un non senso: tanto varrebbe discutere della moralità della ingestione dei cibi.

La etica della attività sessuale va considerata e regolata in rapporto alle sue conseguenze sull' individuo, sulla famiglia, sullo stato, sulla specie.

Gli atti sessuali, afferma Proteus, diventano immorali quando interferiscono con l'integrità fisica e morale di altre persone. D'accordo, ma appunto in ciò sta la ragione e la consistenza dell'etica sessuale.

È ben vero che la morale attuale appaia oggi il portato di tradizioni e di pregiudizî, che imponga limiti che la scienza ha dimostrato non necessari, e che risultano dannosi agli individui e non utili alla collettività. Ma da ciò a negare la utilità, ossia la esistenza, di una morale sessuale, ci corre.

Essa dovrà trasformarsi risentendo gli effetti del progresso della scienza, intonandosi alle mutate condizioni politiche e sociali. Ma la sua necessità è indubbia, ed esisterà finchè ci sarà ogni altra forma di morale.

L'istinto, che dopo quello della conservazione individuale, è il più forte, è il più prepotente, l'istinto che ha innumeri e gravi ripercussioni sulla vita individuale e sociale, non può essere lasciato senza norma, senza educazione.

abbo.

Un giuramento pei neo-medici:

La Facoltà di medicina della Università di Tolosa, in seduta 27 gennaio, ha preso alla unanimità la seguente decisione:

« Dopo la discussione della tesi di laurea, ed allorquando il presidente della Commissione ha dichiarato il candidato idoneo all'esercizio della medicina, il neo-medico sarà invitato a prestare il seguente giuramento: — Sulla mia coscienza, dinanzi a Dio, alla presenza dei miei maestri e dei miei condiscepoli, giuro di esercitare la professione medica secondo le leggi della morale e dell'onore, da uomo onesto e di rigorosa probità, deciso ad osservare scrupolosamente tutti i miei doveri verso i malati, verso i colleghi, verso la Società — ».

(Gazz. Med. Sicil.).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

I mutui per le opere igieniche.

È stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* il decreto 8 febbraio 1923, n. 287, concernente i mutui per gli acquedotti ed altre opere igieniche.

È un provvedimento si semplificazione: la sottocommissione istituita col decreto 19 novembre 1921 è soppressa (art. 1); i progetti tecnici per la costruzione, l'acquisto, l'adattamento ed il restauro di edifizi scolastici e quelli per gli acquedotti e le altre opere d'igiene sono approvati rispettivamente dal Provveditore agli studi o dal Prefetto su conforme parere dell'ingegnere capo del Genio civile e del Medico provinciale; le domande di mutuo sono trasmesse al Ministero competente (Istruzione pubblica o Interni) il quale ne esamina l'ammessibilità nei *riguardi tenici* e trasmette alla Cassa depositi e prestiti i soli atti amministrativi, con la indicazione della misura nella quale sia stato ritenuto ammissibile il concorso dello Stato nel pagamento degli interessi, salvo ad inviare poi il decreto formale di impegno (articolo 2).

Le altre disposizioni riguardano norme di carattere finanziario.

Il controllo tecnico rimane, dunque, affidato agli organi competenti della sanità pubblica.

Per la profilassi delle malattie veneree.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto concernente la profilassi delle malattie veneree.

Ne esamineremo le singole disposizioni quando il testo del decreto sarà pubblicato.

Frattanto, dal comunicato ufficiale si desume che le nuove norme sono dirette al fine di contemperare la libertà individuale con la tutela delle superiori esigenze della salute pubblica e fondano l'ordinamento protettivo sugli Istituti profilattici già esistenti, per provvedere: alla cura ambulatoria nei Comuni con popolazione superiore ai 30,000 abitanti e ai centri operai superiori ai 2000 abitanti; alla cura ospedaliera; alla vigilanza sul meretricio mediante medici visitatori e medici ispettori dermosifilopatici, scelti fra competenti specialisti e assunti senza vincolo di impiego in base a convenzioni contrattuali che stabiliscano anche la remunerazione, escludendosi così il sistema attuale di retribuzione da parte degli esercenti i locali di meretricio.

L'obbligo della denunzia è estesa ai casi di sifilide accertati in collettività. La vigilanza sanitaria sarà esercitata anche sulle prostitute isolate, mediante la istituzione di una tessera sanitaria individuale.

Le nuove disposizioni tendono infine a migliorare le condizioni igieniche dei locali di meretricio e a sviluppare la funzione dei dispensari celtici. La cura ospedaliera a carico dello Stato sarà limitata ai casi che possano costituire vero pericolo sociale.

Limitiamo la nota a questi brevi accenni informativi, riservandoci di fare un esame completo dell'argomento e del decreto, come la importanza della materia richiede.

Disposizioni speciali per l'esercizio professionale.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un decreto, non ancora pubblicato, che autorizza gli *esercenti professioni sanitarie o diplomati all'estero rimpatriati per la guerra, a continuare nel Regno l'esercizio professionale.*

Il Governo ha voluto così provvedere ad una condizione specialissima, che deve essere nettamente delimitata e circoscritta per evitare che sia fonte di abusi o precedente che vulneri il principio protettivo della dignità dei nostri studi ormai acquisito per effetto della legge 10 luglio 1910, n. 455.

Le nuove disposizioni *eccezionali* possono essere applicate ai casi particolarissimi dei sanitari italiani, *già residenti all'estero e rimpatriati per causa della guerra,* i quali si valsero, per esercitare la professione nel Regno, della facilitazione consentita dall'art. 3 del decreto 22 agosto 1915. Il Governo ha considerato che questi sanitari avrebbero dovuto troncare l'esercizio professionale iniziato in Italia, per necessità dipendenti dalla guerra, e, ritornando all'estero, avrebbero dovuto ricostruire *ex novo* o quasi la loro situazione professionale.

Posto così il fondamento di equità delle disposizioni eccezionali, è da ritenere che i limiti siano stabiliti rigorosamente nel testo del decreto e che, nell'applicazione pratica, si osservino criteri di rigore.

Ma gli Ordini dei sanitari dovranno vigilare con ogni cura per prevenire e reprimere abusi ed interpretazioni estensive.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

L'assistenza ai bambini illegittimi e abbandonati.

Un altro provvedimento notevolissimo, di carattere sociale e sanitario, è stato approvato in questi giorni dal Consiglio dei Ministri.

Si tratta di uno dei più tormentosi e gravi problemi dell'assistenza pubblica: si tratta di un dovere umano sinora non compiuto adeguatamente verso innocenti condannati alla sofferenza e alla morte.

La nostra umanità è così fatta: è sensibile alla pietà, anche per gli animali, talvolta con eccessi morbosi, ma rimane quasi indifferente o inattiva di fronte alle creature illegittime e abbandonate.... ai brefotrofi.

Chi legge le statistiche della mortalità?

Il Governo ha approvato disposizioni per un'adeguata organizzazione dell'assistenza; il decreto non è ancora pubblicato, ma da una comunicazione ufficiale preventiva risulta che le nuove norme tendono a questi fini: *a*) assicurare ad ogni esposto un'assistenza razionale e completa *sino all'età prescritta* per l'ammissione al lavoro; *b*) eliminare le principali cause di diffusione delle malattie infettive e specialmente del contagio sifilitico; *c*) incoraggiare mediante sussidi e premi l'allattamento materno, nella sede del brefotrofio o a domicilio; *d*) favorire il riconoscimento materno dell'esposto; *e*) istituire un rigoroso servizio di vigilanza sull'andamento igienico e morale dei brefotrofi e sul trattamento degli esposti collocati a baliatico o in allevamento esterno.

QUESTIONI PRATICHE.

XV. — Modificazioni di norme organiche.

L'art. 171 della legge comunale e provinciale dispone che «le condizioni stabilite dalle deliberazioni di nomina non possono essere modificate in danno del segretario od impiegato comunale, che ha conseguito la stabilità di posizione».

Questa norma è applicazione di un principio generale, che riguarda i limiti entro i quali deve essere contenuto il potere del Comune circa le modificazioni delle norme del servizio. La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 10 novembre 1922, n. 531, interpetrando la disposizione dell'art. 171 ha detto che il legislatore «ha avuto di mira la guarentigia della conseguita stabilità più specialmente per quanto riguarda la conservazione dello stipendio in correlazione alla importanza dell'opera richiesta dall'impiegato. Nè con ciò vuolsi negare all'amministrazione comunale — legittima e naturale interpetre dei bisogni che vanno sorgendo per il benessere pubblico e l'ordinamento degli uffici — una conveniente libertà di azione rivolta ad apportare alle disposizioni regolamentari, riconosciute imperfette o manchevoli, le modificazioni atte ad assicurare il regolare svolgimento dei servizi. Senonchè, a prescindere dal ricercare quali siano i limiti di questa azione amministrativa di fronte all'assicurata stabilità dell'impiego, certo si è che deve trattarsi di modificazioni, di cambiamenti collegati a riconosciute ragioni di pubblico interesse e cioè *manifeste esigenze di servizio, obbiettivamente considerate e valutate*».

Questa interpetrazione è utile come criterio di massima; ma, come in tutte le questioni concernenti i limiti dell'esercizio di attribuzioni, l'eventuale eccesso o deviamento di potere deve essere considerato caso per caso.

XVI. — Il potere del comune per la nomina dei medici condotti.

Nei casi di conferimento di posti per concorso deve essere nominato il primo graduato, qualora una norma diversa non sia stabilita da speciali disposizioni di legge o dall'avviso del concorso.

Ma per le nomine al posto di medico condotto, la legge attribuisce al Comune, entro dati limiti, una certa libertà di azione, cioè la facoltà di scegliere e di nominare uno dei concorrenti dichiarati idonei, a norma dell'art. 30 del testo unico delle leggi sanitarie e 35 del regolamento 19 luglio 1906.

L'art. 93 del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale, il quale stabilisce che per i concorsi ad impiegati comunali, la Commissione forma la graduatoria e la nomina deve cadere sulle persone designate in rapporto ai posti messi a concorso, non si applica nel caso dei medici condotti, perchè tale disposizione d'indole generale non può derogare alle norme speciali che regolano i concorsi per le condotte mediche. Questo criterio ovvio è stato confermato dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 17 novembre 1922, n. 535.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14, Roma (6).

Ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini si risponde gratuitamente.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La fiducia nel medico.

Sarebbe difficile precisare se la fiducia del pubblico nella medicina e nei medici sia attualmente maggiore o minore di quella che era per lo passato. I giovani professionisti mancano di termini di confronto per dare un giudizio al riguardo, i vecchi possono passare per *laudatores temporis acti*.

I sicuri progressi della scienza avrebbero dovuto molto conferire al prestigio della professione medica. Ma l'umanità sempre ansiosa di essere comunque liberata di ogni malattia dimentica o non avverte i successi della terapia e della profilassi e domanda ed aspetta nuove scoperte. In effetti tutto ciò che la scienza ha ottenuto a vantaggio della salute desta entusiasmi e riconoscenze solo in primo tempo, poi si aspetta sempre il nuovo e l'impazienza genera la sfiducia. E il mostrarsi sfiduciato della medicina, l'ironia verso i medici è stato certo un vezzo di tutti i tempi.

Tuttavia la fede nella medicina ritorna, alla medicina si ricorre sempre e subito nel momento del bisogno, la fiducia nel *proprio* medico è un'abitudine che si conserva, malgrado si siano moltiplicati i fattori e le conseguenze che valgono a farla vacillare.

Questa della fiducia dei clienti nel proprio medico è una quistione psicologica molto complessa.

L'ispirare fiducia non dipende esclusivamente dal grado di cultura, di esperienza e di intelligenza del medico. È qualche cosa che l'assomiglia alla grazia per le donne, che le rende affascinanti anche quando non sono belle.

Si ritiene che un fisico vantaggioso, una bella presenza costituiscono per il medico un'arma potente. Ma se ciò contribuisce al successo, non ne è certo il fattore essenziale.

Si dice che Esculapio era figlio di Apollo, ma non tutti i medici anche i più fortunati possono vantare una tale genealogia.

Una certa parte della straordinaria forza di suggestione e di simpatia che esercitava su i pazienti Charcot la dovette certamente al suo fisico. L'influenza della sua persona su i malati era enorme; la sua statura, la sua bella testa intelligente ed ardita, il suo occhio vivace e profondo, dovevano destare nel paziente il primo elemento della guarigione.

In effetti ciò che più vale, anche in difetto di forme apollinee, è una fisionomia sinceramente sorridente rischiarata da uno sguardo intelligente e temperata da una certa gravità.

L'autorità, che si fa sentire senza pesare, è un elemento essenziale per ispirare la fiducia e conservarla. Si tratta di un'autorità che si deve ispirare accortamente con la sicurezza dei giudizii e delle decisioni, con la penetrazione discreta e benevola nell'animo dei pazienti, con la manifestazione compiacente della risonanza nel proprio animo delle sofferenze e dei dolori del malato e dei suoi cari.

Per riuscire il medico deve prendere e saper dimostrare interessamento per coloro che gli si affidano. I pazienti vogliono sapere che egli sa tutto quel che è necessario per curarli e che tutto egli tenterà per guarirli. E la fiducia viene dalla consapevolezza che il medico cura con la mente e con il cuore.

Un'osservazione attenta e minuziosa, senza riuscire estenuante, soddisfa il malato e la sua famiglia, ma ciò che solleva ed allieva è la successiva parola del medico che apre lo spirito alla speranza. Un medico che non sa fare sperare non ispirerà mai fiducia, non riuscirà mai.

Se la scienza non appresta al medico i mezzi di guarire, la carità deve fornirgli la forza della suggestione, che è tanto più efficace quanto più perfetta è la corrispondenza di sentimenti tra curante e curato, quanto più sicura è da parte del medico la conoscenza della personalità psichica del paziente.

È forse in ciò una delle ragioni dello stabilirsi della fiducia: il paziente inconsapevolmente si affida solo a chi lo conosce non solo somaticamente ma anche psichicamente.

In effetti la medicina oltre ad essere una scienza è anche un'arte indefinibile costituita da mille elementi diversi, che varia per ciascun medico, come deve variare per ciascun malato, un'arte nella quale l'osservazione psicologica tiene almeno tanto posto quanto l'osservazione materiale, e che riesce tanto più efficace quanto più e meglio adopera di persuasione e di conforto.

E la fiducia è come l'atmosfera necessaria alla vita professionale: il medico non può esplicare tutta la sua opera se non si sente sotto la influenza della simpatia e della stima dei suoi clienti.

E prima che perdere la fiducia del cliente è meglio perdere il cliente stesso. Il medico non può essere un tollerato. In fatto di interesse così grave quale è quello della salute i mala-

ti non riescono a nascondere i loro sentimenti ostili, verso colui da cui attendono senza fede e senza speranza la guarigione. E dall'altra parte la sensibilità del medico è troppo abituata alle oscillazioni delle opinioni e dei sentimenti dei proprii clienti, perchè non ne avverta le perturbazioni anche quando siano finemente dissimulate.

Al riguardo è degna di nota la considerazione che la fiducia poggia anche sul senso di responsabilità nella scelta del proprio medico: si apprezza il proprio medico perchè lo si è scelto, perchè si ha la possibilità e la libertà di sostituirlo. La stima pare che venga dall'orgoglio della consapevolezza di aver scelto bene.

Purtroppo la fiducia del cliente verso il medico non è una pianta che resiste a tutte le tempeste, e talvolta neppure ai venticelli. Un insuccesso terapeutico, una mancanza di sollecitudine anche giustificata può voltare improvvisamente la faccia alla situazione. D'altra parte la reputazione del medico è incessantemente insidiata da nemici implacabili, quali i vecchi clienti scontenti, gli ammiratori appassionati di altri medici. Dai primi riesce possibile difendersi cercando di fare quanto meno scontenti è possibile, la difesa dai secondi è più difficile perchè l'attacco è più subdolo e perchè talvolta sostenuto da interessati.

Ad ogni buon conto nel suo bagaglio spirituale il medico deve mettere una gran dose di resistenza passiva e serena alle ingiustizie, ai capricci, alle ingratitudini.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Il Consiglio direttivo di questa Associazione, presieduta dal prof. V. Montesano, indice il prossimo IX Congresso a Perugia, per il 9-11 giugno p. v.

Si pregano i soci che abbiano intenzione di presentare comunicazioni di inviarne il titolo al segretario prof. R. Terzaghi, via Napoli, 5, Roma (22), non più tardi del 1º maggio p. v.

Coloro che vorranno usufruire dei ribassi ferroviari, sono pregati di inviarne richiesta non oltre la medesima data.

Per le agevolazioni telefoniche ai medici.

Il Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma, prof. Gallenga, ha interessato il Ministro delle Poste perchè ai medici siano fatte le possibili agevolazioni in materia di tariffe telefoniche. Il Ministro, in data 5 marzo, ha così risposto:

Egregio Professore,

In relazione alle sue vive premure la informo che questo Ministero aveva già dato disposizioni a tutte le Direzioni Compartimentali perchè fosse applicata la tariffa dei privati (categoria *B*) agli studi professionali di modesta importanza.

Tali disposizioni non vulnerano il principio generale secondo il quale debbono essere sempre compresi nella tariffa di categoria *A* gli studi professionali il cui esercizio abbia una esplicazione manifesta e notevole.

Le norme suddette sono applicabili anche ai medici-chirurgi, e in tale senso ha fatto ora rinnovare le disposizioni stesse alle Direzioni Compartimentali.

Distintamente e cordialmente

DI-CESARÒ.

I colleghi pertanto ai quali fosse stata applicata una tariffa in disformità delle suddette disposizioni ministeriali potranno reclamare alle rispettive Direzioni Compartimentali.

Deliberazioni del Sindacato medico.

Il 14 marzo si è riunito il Consiglio direttivo del Sindacato, sotto la presidenza del prof. Ermanno Fioretti, segretario. Il sen. Pestalozza ha portato l'adesione del Consiglio dei Clinici della Facoltà medica di Roma a che un membro del Sindacato partecipi ai lavori della Commissione incaricata di determinare le modalità circa le prestazioni mediche cui le cliniche sono autorizzate. È stato eletto come rappresentante il prof. Ermanno Fioretti.

Il Consiglio ha quindi preso in esame la situazione della C. R. I. e dopo ampia discussione ha approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio Direttivo del Sindacato Medico Fascista, in vista della propizia iniziativa del Governo Nazionale di controllare serenamente e seriamente il funzionamento della massima istituzione di beneficenza e di soccorso, la Croce Rossa Italiana, plaude alla benefica opera di epurazione e fa voti perchè sia dato una buona volta uno scrupoloso ordinamento alla C. R. I.».

Reintegrazione del prof. Masnata.

Il Consiglio di amministrazione della Congregazione di Carità di Stradella, in seduta del 3 gennaio c. a., ha deliberato all'unanimità e con voto di plauso, di reintegrare il prof. Masnata nel posto di medico chirurgo, direttore dell'Ospedale Civile.

Ci compiacciamo vivamente per questo felice esito della ingrata vertenza.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa del «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(*Continuazione; vedi fasc. 11*).

Seconda lista di sottoscrizioni raccolte dal dott. cav. uff. Adolfo Fantini:

(Prof. Caraffa L. 10, dott. Francesco Biolchini 10, dott. Raffaele Liberali 5, dott. Camillo Ciuchini 5, dott. Saverio Paparozzi 10, dott. Escalar 5, dott. G. Mancini 5, dott. E. Mazzolini 10, dott. Renzetti 5) . . . L. 65 —

Prof. A. Angelucci, per la Clinica Oculistica della R. Università di Napoli (Direzione e Personale assistente) . . . . » 500 —

Prof. Enrico Sava . . . . . . » 10 —

Prof. Antonio Reale . . . . . . » 10 —

Ordine dei Medici della Provincia di Aquila . . . . » 100 —

Dott. comm. Achille Villa . . . . » 50 —

(*Continua*).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1°, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANDRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Aiuto chirurgo effettivo; L. 3600 lorde senza altra indennità, vitto giornaliero completo, stanza d'alloggio Scad. 31 marzo.

ASTI. — Abit. 42,000 Per decesso e per quiescenza dei titolari, sono vacanti quattro delle otto Condotte mediche, e cioè due urbane, una suburbana, ed una rurale. Stipendio L. 4000; indenn. accessorie (caroviveri, mezzo di trasporto, eccedenza poveri sul 3 %, ecc.), da L. 3100 a L. 4000; cinque quinquenni decimo. Scad. 7 aprile.

CESENATICO (*Forlì*). — Scad. 5 apr. Medico chirurgo primario e direttore dell'Ospedale; L. 10,000 e 10 bienni ventesimo; prima indenn. caro-viv. e metà della seconda. Soli poveri. Chiedere annunzio.

COLBORDOLO (*Pesaro e Urbino*). — Scad. 31 mar. Età lim. 40. L. 7000 per 500 pov.; addiz. L. 3; cinque quadrienni decimo; c.-v.; L. 3000 cav.: lire 800 uff. san. Chiedere avviso.

CONEGLIANO (*Treviso*). — I e II Riparto. A tutto 31 marzo. L. 6000 e 5 quinquenni decimo; fino a 1000 pov., L. 2 addizion., L. 2500 per mezzo trasp., due c.-v.; assicuraz.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª cond. residenziale; scadenza sessanta giorni dal 1° marzo; età limite 45. L. 7000 oltre le indennità c.-v. Chiedere annunzio.

GIOVE (*Perugia*). — A tutto il 31 marzo; L. 9000 e 3 quinq. decimo; 1 c.-v. Età limite 45. Servizio entro 20 g. Chiedere annunzio. Ab. 1566 di cui 563 in camp.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 15 apr., per Ponte a Signa; L. 6000 e 8 trienni dec.; c.-v. con limitazioni; L. 1500 spese trasp. Ab. 4450, di cui 1250 pov. Età lim. 39. Voto di laurea. Chiedere annunzio.

LUBRIANO (*Roma*). — L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 500 disag. resid., due c.-v. Ab. 1500, di cui 80 inscritti el. pov. Per uff. san. L. 300. Scad. un mese dal 15 marzo.

MILANO. *O. P. Poliambulanza delle Specialità Medico-Chirurgiche* (Via Arena, n. 40). — Dirigente la Sezione Ambulatoria «Malattie veneree e sifilitiche». Titoli. Scad. 30 aprile. Presentare i titoli di rito e carriera alla Direzione Medica.

MONTALTO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 31 mar. Per Porchia L. 5500 residenziali e L. 1000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 2.50; c.-v. in L. 2400; per disag. resid. L. 1300; cavalc. provveduta dal Comune.

QUERO (*Belluno*). — Scad. 31 mar. L. 6000, c.-v. e mezzo trasp. Rivolgersi Municipio.

SESSA CILENTO (*Salerno*). — Scad. 31 mar.; lire 3000 residenziale, L. 1000 prime 100 fam. povere, L. 200 ogni 10 fam. successive, L. 500 uff. san., L. 1500 cav., 4 quinquenni decimo, un c.-v.

SUVERETO (*Pisa*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 6000 e 4 quinq. decimo, L. 700 poveri a oltre 1 km. dall'abitato, primo c.-v. e metà della seconda.

TERNI. *Ospedale Civico*. — Un chirurgo aiuto e chirurgo cond.; L. 5000 e indennità di cond. Due assistenti; L. 4000. Caro-viv. Nom. biennale. Accettaz. entro 10 giorni. Età limite 35; pel chir. aiuto 40 se ha prest. serv. di guerra. Chiedere annunzio. Scad. 30 aprile.

TRABIA (*Palermo*). — A tutto il 31 mar.; L. 5000 e 5 quinq. decimo, indennità suppletiva pei pov. oltre i 500, indenn. c.-v., assicur. per L. 50,000.

Diffide.

Viene confermata la diffida per le tre condotte del comune di Cesena.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Baldo Rossi, elevato alla dignità senatoriale, è uno dei più insigni, operosi e colti chirurgi che onorino l'Italia. Dirige la Clinica traumatologica presso i RR. Istituti Clinici di Perfezionamento ed è chirurgo primario presso l'Ospedale Maggiore di Milano. È ben nota e fu meritatamente apprezzata l'attività che egli spiegò al fronte di guerra, nell'ideazione e organizzazione degli ospedali chirurgici mobili e quale operatore: essa gli valse una promozione sul campo e una medaglia d'argento al valore.

È nato a Limito (Milano); conta 54 anni.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Voti dei professori Universitari.

I professori Severi, Raffaele, Anzilotti, Bordoni, costituenti la Presidenza generale dell'Associazione nazionale professori universitari, sono stati ricevuti dal Ministro Gentile, al quale hanno presentato alcuni voti in merito alle garanzie stabilite dall'art. 107 della legge Casati e dell'art. 38 del vigente T. U. per la sospensione e rimozione dei professori universitari; hanno fatto presente che delle eventuali deficienze o mancanze o colpe la legge stabiliva che, di volta in volta, fosse giudice il Consiglio superiore di P. I.; l'Associazione confida che nell'applicazione del recente decreto per l'esonero verranno osservate norme rigorosamente giuridiche.

Il Ministro si è mostrato lieto che gli si porgesse l'occasione di dissipare dubbi assolutamente infondati circa l'applicazione di tale decreto. Il Governo è perfettamente conscio della necessità di conservare le prerogative connesse all'alto ufficio di professore universitario, che soltanto temporaneamente sono state sospese fino al 31 dicembre, coerentemente al proposito di riordinare ed epurare rapidamente tutte le amministrazioni. Ogni significato politico o di preferenza di scuola esula dal provvedimento: gli esoneri saranno limitati a pochissimi casi. Il Governo sa che l'enorme maggioranza dei professori adempie scrupolosamente al proprio dovere e sa quanto la Nazione debba al lavoro che si compie negli Istituti universitari. Egli confida che la classe dei professori accoglierà come atto necessario, se pur doloroso, la eliminazione di rari elementi meno degni.

L'Istituto interuniversitario italiano.

Sotto la presidenza del Ministro della P. I., sen. Gentile, è stato costituito ed inaugurato il 18 marzo, nel Palazzo di Venezia in Roma, l'« Istituto interuniversitario italiano », il quale ha lo scopo di creare corsi di cultura per stranieri e per connazionali, di coordinare e rafforzare corsi analoghi già funzionanti e di svolgere con iniziative analoghe una attività diretta all'incremento della coltura italiana ed alla sua conoscenza nelle Nazioni straniere.

All'Istituto interuniversitario saranno inoltre affidati, secondo i propositi del Ministro dell'Istruzione, l'organizzazione dei corsi estivi per gli stranieri, la iscrizione degli stranieri nelle Università del Regno e le Borse di studio per gli stranieri stessi.

Il presidente del Consiglio on. Mussolini inviò un messaggio in cui è detto:

« Giunga il mio saluto augurale a codesto Istituto nel giorno in cui si riunisce per la prima volta il Comitato, costituito dagli illustri rappresentanti di tutti gli Alti Istituti di Cultura del Regno.

Ho salutato col più vivo compiacimento la costituzione dell'Istituto, che è destinato a rendere grandi servizi alla conoscenza della cultura italiana all'estero ed alla diffusione dell'alta cultura nel Regno ».

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione del medico caduto in guerra.

Il 2 e 3 marzo, sotto la presidenza del ten. gen. medico Della Valle gr. cr. Francesco, capo della Sanità Militare, ha avuto luogo in Roma, al Ministero della Guerra, la riunione plenaria del Comitato Esecutivo e del Sottocomitato Onoranze.

Il generale Della Valle parlò ampiamente del significato ideale della celebrazione che deve riuscire la più solenne e grandiosa manifestazione di solidarietà di tutta la classe medica italiana in onore della eroica e numerosa falange di Medici caduti in guerra.

È lustro e decoro per la classe medica italiana se il numero dei medici che l'Italia ha perduto in guerra supera di gran lunga quello delle altre Nazioni belligeranti.

Inoltre parlò dell'adesione a far parte della presidenza d'onore di S. E. l'on. Mussolini, di S. E. l'on. Acerbo e S. E. l'on. Finzi.

Il dott. Antonio Duse, proveniente da Gardone, consegnò il messaggio autografo di Gabriele d'Annunzio che il generale Della Valle lesse tra la viva commozione dei presenti.

IL MESSAGGIO DEL POETA.

Mio Generale,

io ricordo, non senza umiltà e non senza orgoglio, che gli ufficiali medici della Terza Armata, sapendomi esperto infermiere, mi confidavano una grossa custodia di medicamenti e di strumenti quando partivo per una qualche azione di fanteria nel Carso. La portavo ad armacollo, e non mi pesava nè m'ingombrava.

Quante volte l'aprivo e me ne servivo, inginocchiato presso un compagno ferito! E tanta era la gentilezza del compagno che spesso i miei primi soccorsi parevano guarigioni subitanee. Lo sguardo dell'amore fraterno pareva conferire alla mia mano fraterna non so che grazia miracolosa.

Una tal grazia non era infrequente negli ospedaletti da campo, nei posti di medicazione campale, dove ogni gesto della carità eroica aumentava lo splendore del sangue nella ferita. Se oggi tutte le ferite di guerra rifiammeggiassero nella memoria dei medici superstiti, essi crederebbero già levata l'aurora magnanima della Patria.

Ma i medici caduti, ma i martiri dell'amore invitto non a noi sembrano immersi in quell'aurora? Non la terra opaca li copre. Li circonfonde la luce sempiterna del sangue ch'essi ristagnarono. E taluni, prima di morire, ebbero una sorte di aureola dall'irradiazione stessa della ferita medicata. A taluni, prima di morire, la fascia pietosa fu quasi diadema glorioso.

Io lo so. Talvolta la più umile carità dei nostri martiri mi parve carità regale. E talvolta ripensai, e oggi ripenso a quel Magno Alessandro che, per fasciare a Lisimaco la piaga e per ristagnarvi il sangue fluente, vi adoprò il suo medesimo diadema regale.

Coroniamone oggi i martiri silenziosi. Coroniamone oggi gli eroi oscuri. E di tal corona ultima-

mente offerta l'Italia può oggi, assai meglio che il terzo Enrico, sentenziare: *Manet ultima caelo*.

Presto, mio Generale, io le manderò le pagine promesse, e non avrò mai celebrato il sacrificio umano con più alto fervore. E vorrei che tutte le mie pagine ne risplendessero, come son certo che ne risplenderà il bronzo di Arrigo Menerbi nell'atrio della Scuola fiorentina.

Intanto non posso, mio Generale, Ufficiali medici, cari compagni, non posso se non ripetere per la mia riconoscenza di combattente, per questa mia testimonianza mistica di ferito, il gran verso Michelangiolesco:

«*Poi ch'io t'ebbi nel cor, più di me vaglio*».

Eremo di Cargnacco, 28 febbraio 1923.

G. D'ANNUNZIO.

Il segretario gen. del Comitato dott. Bocchetti, riferì su tutta la organizzazione della celebrazione che avverrà nel novembre prossimo.

Il gen. Della Valle propose un voto di plauso all'opera infaticabile ed ardente svolta finora dal dott. Bocchetti ed un voto di plauso al dott. Duse, che ha portato il prezioso documento che onora tutta la classe medica italiana. Tutti aderirono plaudendo.

«L'ALBO D'ORO».

Si è riunita anche la Commissione speciale nominata per l'Albo d'oro.

Dopo una serena ed ampia discussione si è deciso:

1) di includere nella prima parte dell'Albo d'Oro oltre tutti i Medici anche gli Aspiranti e studenti in Medicina a cui fu conferita la laurea *ad honorem*, caduti in combattimento, durante la guerra mondiale, sia in territorio che in Colonia;

2) di includere nella seconda parte quei Medici aspiranti e studenti in Medicina per la cui morte è sicuramente dimostrabile la relazione tra causa ed effetto, tra causa di guerra e malattia;

3) di mettere infine un elenco nominativo di tutti i medici morti durante la guerra non compresi nelle due categorie precedenti;

4) di riportare tutte le motivazioni al valore, delle 250 medaglie di argento e delle 1070 medaglie di bronzo concesse ai medici mobilitati;

5) di includere pure nell'Albo d'Oro il Soldato Portaferiti Toscano, di Casole d'Elsa, decorato di medaglia d'oro, caduto sul campo.

Tale inclusione, che ha un carattere simbolico, vuol significare l'omaggio riconoscente a tutte le eroiche e numerose centurie di portaferiti, infermieri, ecc., ecc., che, con fervore di umiltà, sacrificarono la loro vita per un mirabile esempio di altruismo e di alto sentimento del dovere.

L'Albo d'Oro, la cui iniziativa fu presa dal prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, e dal dott. Morpurgo di Padova, riuscirà una artistica pubblicazione della Casa Alfieri e Lacroix. Sarà compilato dal dottor F. Bocchetti, porterà la prefazione di Gabriele d'Annunzio, e sarà illustrato con fregi e xilografie di Duilio Cambellotti.

VII Congresso Medico Siciliano.

Questo Congresso avrà luogo nei giorni 20, 21 e 22 aprile 1923. La quota di adesione è di L. 25, o di L. 30 se si vorrà prendere parte anche ai lavori del Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica. I temi scelti sono: per la Medicina: *Malattie di carenza*, relatore il prof. Giuffrè di Palermo; per la Chirurgia: *Stato attuale degli studi sulla etiogenesi e terapia del cancro*, relatori i proff. Parlavecchio di Palermo e Fichera di Messina; per gli interessi professionali: *Sulla opportunità di un'unica organizzazione della classe medica italiana*, relatore il dott. Salpietra di Palermo.

Tesoriere del Congresso è il prof. Giovanni Donzello, presso l'Ordine dei Medici di Palermo, piazza delle Vergini, n. 10.

Sezioni dell'Associazione Italiana per l'Igiene.

Si sono costituite varie Sezioni dell'Associazione Italiana per l'Igiene: a Roma, Napoli, Cagliari, Milano, Torino, Catania; altre sono in via di formazione.

La Sezione laziale venne costituita il 5 marzo. Parlarono il prof. Pecori a nome del Comitato promotore e il segretario generale dott. Palomba a nome della Presidenza, rilevando le finalità delle Sezioni, che dovranno essere le vere forze operanti dell'Associazione. Approvato lo Statuto, si passò alla elezione delle cariche; risultarono: prof. T. Gualdi, presidente onorario; prof. G. Pecori, presidente; prof. G. Caronia, dottor De Pascalis, signora Fellini-Boni, prof. Franceschetti, prof. U. Mariotti, prof. G. Sampietro, consiglieri; dott. A. Villa, segretario.

Il 5 marzo venne anche costituita, a Catania, la Sezione siciliana. Parlarono il prof. Di Mattei, che illustrò gli scopi sociali dell'Associazione, e il dott. Piazza, assertore dei problemi d'igiene sociale. Approvato lo Statuto, si addivenne alla elezione delle cariche; risultarono: presidente, S. Privitera, Catania; vice-presidenti: P. Lombardo-Pellegrino, Messina; G. Dell'Aira, Caltanissetta; S. Alagona, Siracusa; G. La Rosa, Caltagirone; segretario-economo, L. Piazza, Lentini; vice-segretario, S. Nicotra; membri: G. Taglietti, Crimi, Mancuso, Fiorillo, Canale, Saitta.

Per la lotta antitubercolare.

La Giunta Esecutiva della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi ha tenuto il 13 marzo una riunione sotto la presidenza dell'on. Raffaele Paolucci.

Dopo aver trattato alcuni importanti quesiti circa l'azione da esplicare per l'intensificazione dell'opera degli Enti pubblici e privati nella prevenzione e nella cura del morbo insidioso, la Giunta ha chiuso i suoi lavori con un voto di piena adesione alla proposta avanzata da alcuni Ordini di Medici e da alcune Amministrazioni Provinciali, che i fondi residuati dai Consorzi Granarii vengano totalmente devoluti alla lotta contro la tubercolosi.

Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi.

Il Comitato Romano per la lotta contro la tubercolosi, costituito recentemente in Ente morale, ha proceduto, in questi giorni, alla nomina del nuovo Consiglio amministrativo, nel quale sono entrati a far parte, per voto unanime dell'ultima Assemblea, i signori: don Ludovico principe Chigi, don Francesco principe Boncompagni Ludovisi, contessa Guglielmina di Campello, marchesa Giulia Centurione, prof. Vittorio Ascoli, prof. Angelo Signorelli, comm. Pericle Staderini, avv. Errico Forges Davanzati, cav. Nino G. Caimi. Alla presidenza e alla vice-presidenza del Consiglio sono stati prescelti, per acclamazione, il professor Vittorio Ascoli e il principe Chigi.

Per la protezione legale dei lavoratori.

Entro il corrente mese di marzo avrà luogo in Roma, nei locali della Sede Centrale della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro, la prima assemblea generale della Sezione italiana delle Associazioni Internazionali per la protezione legale dei lavoratori per approvare lo schema di Statuto della Sezione stessa, la quale raccoglie in un organismo unico le Sezioni Italiane dell'Associazione Internazionale per la protezione legale dei lavoratori, del Comitato Permanente Internazionale per le assicurazioni sociali e dell'Associazione Internazionale per la lotta contro la disoccupazione.

Alla Sezione unificata hanno già rinnovato la adesione le principali organizzazioni padronali ed operaie e numerose personalità fra i più autorevoli competenti e studiosi di previdenza e assistenza sociale.

La riduzione degli Ospedali militari.

Con D. R. 25 gennaio 1923, il numero degli ospedali ed infermerie dipendenti dalla Sanità Militare è il seguente: ospedali militari principali, n. 10; ospedali militari secondari, n. 17; infermerie presidiarie, n. 11.

Gli stabilimenti sanitari oggi esistenti ed esuberanti a quelli sopra indicati saranno eliminati parzialmente, in relazione alle esigenze dell'esercizio, con particolari disposizioni del Ministero della Guerra, al quale è lasciato di fissare la dislocazione di tali stabilimenti sanitarii.

Il quadro degli Ufficiali medici nella marina.

La «Gazzetta Ufficiale» ha pubblicato i nuovi quadri organici degli ufficiali della R. Marina. Riportiamo i dati che si riferiscono agli ufficiali del corpo sanitario: maggior generale medico n. 1; colonnelli medici n. 7; tenenti colonnelli medici n. 20; maggiori medici n. 46; capitani medici n. 80; tenenti medici n. 30.

Dimissioni del sen. Mangiagalli.

«L'Arte Ostetrica» annunzia che il sen. Mangiagalli, per mettersi in grado di accudire con impegno, come primo magistrato, alla ricostruzione morale ed economica della Metropoli lombarda, si è dimesso dalla direzione e consulenza del periodico come pure dalla direzione e consulenza della Guardia Ostetrica e dell'Asilo Regina Elena.

Indice alfabetico per materie.

Anemia perniciosa: il siero di sangue nell' — . . . . . Pag. 405
Arto inferiore congenitamente malformato . . . . . » 409
Autolisi e atrofia: rapporti . . . . . » 413
Bibliografia . . . . . » 407
Brodi di legumi . . . . . » 413
Cheratite da puntura d'ape . . . . . » 411
Commozione cerebrale: casistica . . . . . » 397
Cronaca del movimento professionale . . . . . » 419
Demenze non paralitiche: diagnosi . . . . . » 411
Denti: indicazioni per l'estrazione . . . . . » 413
Duodeno: stenosi croniche e vizii di posizione . . . . . » 410
Esercizio professionale dei sanitari rimpatriati per la guerra . . . . . » 416
Fibrina nel sangue e nel plasma . . . . . » 404
Gravidanza extrauterina: diagnosi . . . . . » 411
Incontinenza di urine «essenziale»; spina bifida occulta . . . . . » 412
Infanzia illegittima e abbandonata: assistenza . . . . . » 417
Innesti autoplastici . . . . . » 411
Insegnamento superiore . . . . . » 421
Litiasi renale: contributo . . . . . » 412
Malattie veneree: profilassi delle — . . . . . » 416
Medico: la fiducia nel — . . . . . » 418
Morale sessuale: la — . . . . . Pag. 414
Mutui per opere igieniche . . . . . » 416
Nomina dei medici condotti: potere del Comune . . . . . » 417
Norme di servizio: limiti delle modificazioni . . . . . » 417
Ossa: atrofia da disuso . . . . . » 413
Perinefrite suppurata sottocapsulare . . . . . » 412
Pneumotorace artificiale: apparecchio a valvola . . . . . » 410
Pneumotorace artificiale: particolare di tecnica . . . . . » 399
Poliorromenite tubercolare: istopatologia . . . . . » 411
Pressione arteriosa: ricerche . . . . . » 410
Rotula: nuovo metodo operativo per la cura della lussazione abituale . . . . . » 409
Sangue normale: composizione . . . . . » 404
Sangue: resistenza osmotica dei globuli rossi e rigenerazione nell'anemia e nel salasso . . . . . » 400
Scarlattina: corpuscoli leucocitari . . . . . » 405
Stipsi chirurgiche (ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali) . . . . . » 393
Trasfusioni di sangue . . . . . » 406
Tubercolosi senile: casistica . . . . . » 409

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.



Si è in questi giorni pubblicato:

PROF. CARLO BASILE — Diplomato in medicina tropicale al Royal College of Phisicians y Surgeons - Londra
Libero docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma

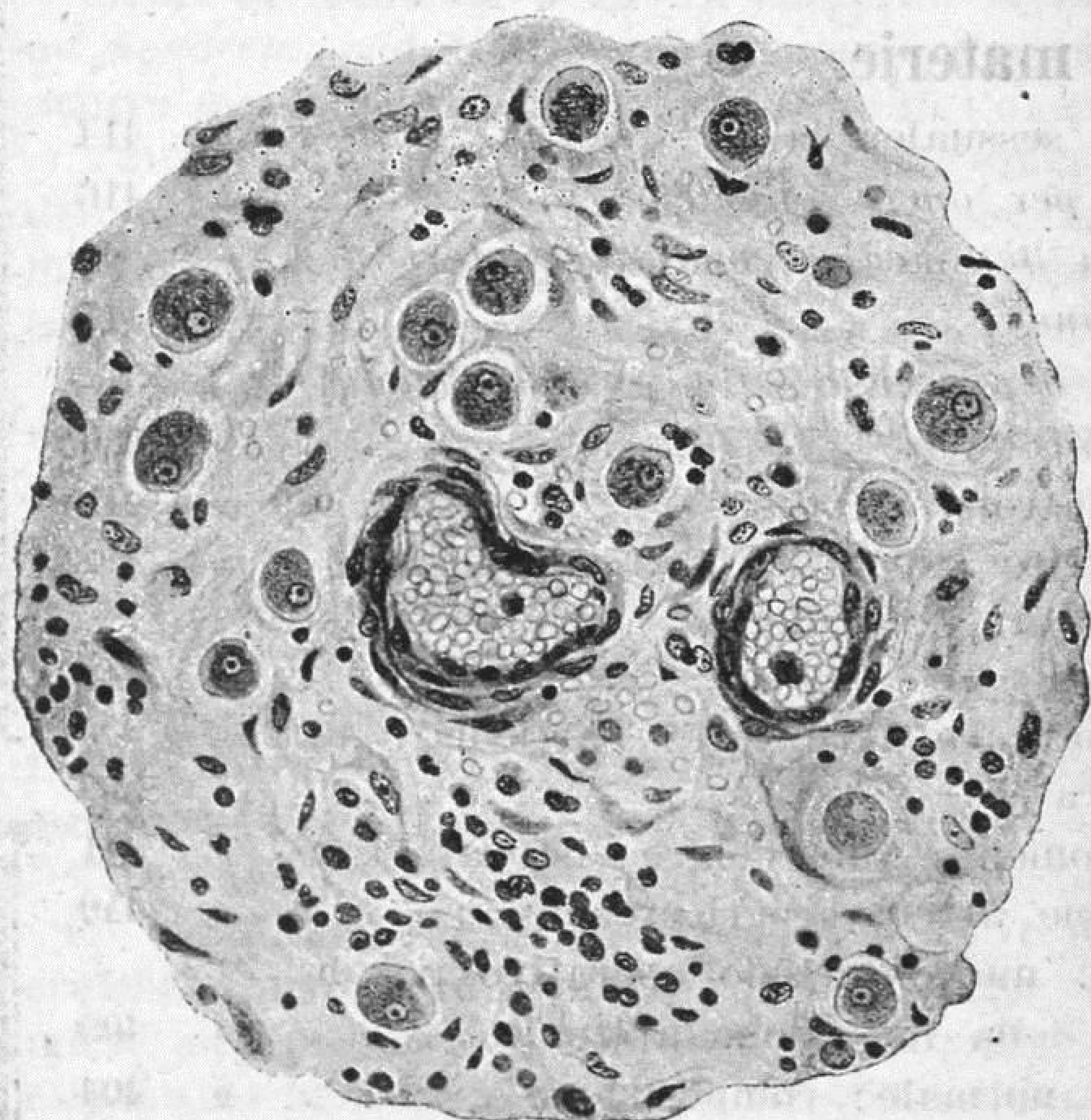
Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del prof. **VITTORIO ASCOLI** - Direttore della R. Clinica Medica di Roma

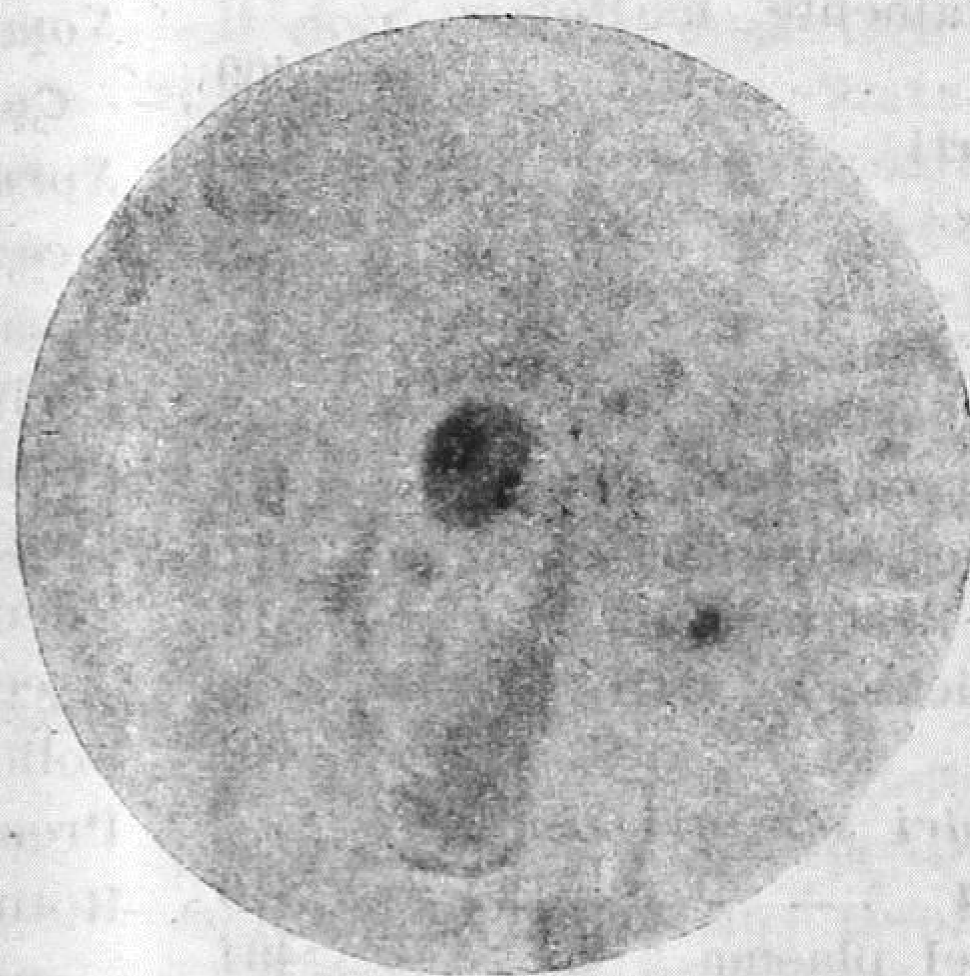
INDICE GENERALE. — PARTE I. PROTOZOI. - CARATTERI GENERALI: MORFOLOGIA, FISIOLOGIA, RIPRODUZIONE - CLASSIFICAZIONE - STUDIO SISTEMATICO DEI PROTOZOI PARASSITI. - I. PROTOZOI INTESTINALI: *A*) AMEBE INTESTINALI DELL'UOMO: Caratteri differenziali; Azione patogena - *B*) FLAGELLATI INTESTINALI DELL'UOMO: *Polimastigina*: morfologia; *Protomonadina*: *morfologia;* Azione patogena - *C*) SPOROZOI INTESTINALI DELL'UOMO: *Coccididae*: morfologia; Azione patogena - *D*) CILIATI INTESTINALI DELL'UOMO: *Balantidium coli*: morfologia; *Nyctoterus faba*: morfologia; Azione patogena. - MODO DI TRASMISSIONE DEI PROTOZOI INTESTINALI PATOGENI. — II. PROTOZOI DEL SANGUE: *A*) EMOFLAGELLATI: *a*) *Tripanosoma*: morfologia, trasmissione, azione patogena; *b*) *Leishmania*: morfologia, trasmissione, azione patogena - *B*) EMOSPORIDII: *Plasmodidae*: morfologia: riproduzione asessuale; morfologia: riproduzione sessuale; trasmissione; azione patogena; alterazioni fondamentali; alterazioni collaterali; forme cliniche: malaria acuta, tipi febbrili, sindromi cliniche; malaria cronica; malaria latente; successioni morbose - *C*) SPIROCHETI: *a*) *Treponema*: morfologia; trasmissione; azione patogena. Infezioni del sangue: febbre ricorrente (tipi clinici); infezioni dei tessuti: sifilide, framboesia; *b*) *Leptospira*: morfologia; azione patogena: ittero infettivo, febbre gialla, febbre dei sette giorni, sodoku; *c*) Altre spirocheti: broncospirochetosi - Tecnica diagnostica: protozoi intestinali: esame microscopico; protozoi del sangue: esame microscopico: cultura. - Puntura della milza e del midollo osseo.

PARTE II. METAZOI. - STUDIO SISTEMATICO DEI METAZOI PARASSITI. - I. PLATELMINTI: *A*) TREMATODI: Parte generale - Classificazione - Distribuzione topografica: *a*) Trematodi dei polmoni; *b*) Trematodi del fegato; *c*) Trematodi dell'intestino; *d*) Trematodi dei vasi sanguigni; *B*) CESTODI: Parte generale - Classificazione - Distribuzione topografica: *a*) forme intestinali: 1° PSEUDOPHILLIDEA; 2° CYCLOPHILLIDEA; azione patogena; *b*) forme somatiche: 1° CISTICERCUS CELLULOSAE; 2° SPARGANUM MANSONI; 3° ECHINOCOCCUS; azione patogena; diagnosi. — II. NEMATELMINTI: *A*) NEMATODI: Parte generale; Classificazione: *a*) Ascaride: morfologia, trasmissione, azione patogena; *b*) Anchilostomide: morfologia, trasmissione, azione patogena; *c*) Strongylide: morfologia; *d*) Filaride: allo stadio adulto, allo stadio embrionale, trasmissione, azione patogena; *e*) Dracunculide: allo stadio adulto, allo stadio embrionale, trasmissione, azione patogena; *f*) Oxiuride: morfologia, trasmissione, azione patogena; *g*) Angiostomide: morfologia, trasmissione, azione patogena; *h*) Tricosomide: morfologia, azione patogena; *i*) Trichinellide: morfologia, ciclo evolutivo, azione patogena. - Tecnica elmintologica: Esame per vermi allo stadio adulto - Esame per vermi allo stadio larvale e di uovo - Conservazione dei vermi allo stadio adulto e larvale - Cultura di Strongyloides-Ankylostoma e Necator.

SAGGIO DELLE ILLUSTRAZIONI



Dissenteria amebica. Sezione di intestino crasso. Notasi l'*Entamoeba histolityca* nei tessuti e lo stato di congestione dei vasi sanguigni. (Da un preparato avuto gentilmente da Wenyon).



Microfotografia. *Leishmania infantum*. Originale. Ingr. 3000 diam.



Leptospira ictero-haemorragiae (Noguchi, 1917). - Agente patogeno della Spirochetosi ittero-emorragica o ittero-infettivo.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del "Policlinico" di pag. XII - 262, stampato su carta semipatinata, con 18 Tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. **33**. Per i nostri abbonati sole L. **28** in porto franco e raccomandato.

Inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

ANNO XXX Roma, 2 Aprile 1923 Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: D. Taddei: Il segno della faccia piana posteriore nei tumori benigni sottocutanei.
Osservazioni cliniche: A. Fulchiero: Sindrome di Addison e malaria.
Note e contributi: D. Maestrini: Su alcune modificazioni al metodo volumetrico del Fehling per la determinazione degli zuccheri.
Riviste sintetiche: L. Manginelli: Delle stipsi chirurgiche (Ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali).
Sunti e rassegne: DERMATOLOGIA: A. Fontana: Sullo stato attuale delle nostre conoscenze intorno alla etiologia dell'« Herpes Febrilis » e « Genitalis ». — L. Franckel e Juster: La sindrome endocrina-simpatica dell'area Celsi. — M. Quattrini: Biologia solare ed elioterapia dermatologica. — R. Sabouraud: Il solfo nella terapia dermatologica esterna.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Roma. — Società Medico Chirurgica di Pavia.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Ginecologia ed Ostetricia: Albuminuria in gravidanza. — Vaccino-terapia delle annessiti. — L'estratto pituitario nel travaglio. — Miscellanea: Il trattamento meccanico della idropisia grave. Sugli espettoranti. — Dosaggio della codeina nei bambini. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Sulla origine delle melanine. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Questioni pratiche.
Nella vita professionale: MEDICINA SOCIALE: L'attività della Federazione Romana delle opere antitubercolari. — Una giusta rivendicazione. — Amministrazione sanitaria. — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Cronaca epidemiologica.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI PISA.

Il segno della faccia piana posteriore nei tumori benigni sottocutanei.

Prof. DOMENICO TADDEI, direttore.

In una nota, che pubblicai nel « Giornale del Medico pratico » nel settembre 1920 sulla *Diagnostica dell'ascesso freddo della parete toracica*, insisteì specialmente sui dati differenziali tra ascesso freddo da osteite costale ed ascesso toracico a bottone di camicia da peripleurite tubercolare, così frequente e così misconosciuta dai medici.

Nella stessa nota accennai brevemente ad un nuovo segno diagnostico per differenziare l'ascesso freddo toracico dal lipoma sottocutaneo del torace.

Ogni medico sa quanto questa diagnosi, di solito così semplice, sia talora difficile.

I dati differenziali più importanti fra ascesso freddo toracico e lipoma sono, come è noto, i seguenti:

1) Assenza di fatti pleuro-polmonari o di altre localizzazioni tubercolari pregresse o in atto. Queste però possono trovarsi anche in un portatore di lipoma.

2) Età: il lipoma nel giovane è raro, ma non eccezionale: d'altra parte l'ascesso freddo non è infrequente in adulti ed in vecchi.

3) Il decorso e l'accrescimento del lipoma sono più lenti. Esistono però in alcuni lipomi periodi di abbastanza rapido accrescimento.

4) Nel lipoma manca il dolore alla pressione diretta o indiretta (sterno). Sono ben noti però anche casi di lipomi dolorosi.

5) La presenza di lobulazione è un sintoma fondamentale per la diagnosi di lipoma.

6) La fluttuazione è più evidente di solito nell'ascesso freddo. Ma vi sono lipomi, nei quali è difficile stabilire se si tratti di fluttuazione vera e di pseudo-fluttuazione, mentre negli ascessi freddi non rammolliti la fluttuazione può mancare, oppure possono aversi punti più o meno consistenti sì da mentire la lobulazione.

7) La spostabilità *in toto* della tumefazione manca negli ascessi freddi per il rapporto intimo con la costa o con lo spazio intercostale (peripleurite). Ma mentre talora non è facile determinare se esista una sicura fissità, può

la spostabilità *in toto* di un lipoma essere difficile da apprezzare per lo spessore della cute che lo riveste, per la grandezza del tumore.

8) La puntura esplorativa. Può essere negativa negli ascessi freddi per presenza di tessuto fungoso, o di sostanza caseosa densa o per otturazione dell'ago da parte di grumi caseosi (1).

In questi casi difficili, nei quali i segni ora accennati non servono o siano poco sicuri, un altro segno palpatorio si deve ricercare: questo, rilevato da me in moltissimi casi, illustrato varie volte su casi clinici nella mia scuola, mi parve e mi pare opportuno chiamare: *Segno della faccia piana posteriore*.

L'osservazione clinica successiva alla nota sopra accennata non solo mi ha confermato la importanza di questo dato semeiologico, da me messo in evidenza, ma mi ha permesso di riconoscere che esso non solo vale per la diagnosi differenziale tra lipoma sottocutaneo ed ascesso freddo toracico, ma tra lipoma sottocutaneo ed ascesso freddo di altre regioni, svoltisi su di un piano osseo od aponeurotico, ed anche tra ascesso freddo e tumore sottocutaneo benigno circoscritto (ad es. fibroma) e ciste sottocutanea.

La tecnica di ricerca è semplicissima: Si sposta verso un lato o l'altro, se è possibile, la tumefazione sul piano osseo od aponeurotico su cui riposa. Se ciò è possibile, si cerca di sollevarne un tratto marginale, mentre le altre dita provvedono allo spostamento laterale, insinuando il pollice contro la faccia profonda, introflettendo la cute, per riconoscere se tale faccia è piana o convessa.

Se si tratta di un tumore benigno, si apprezza nel tratto scostato dal piano profondo che la superficie è piana. Se si tratta di una ciste, questa è sferica. Se si tratta di un ascesso freddo, non si riesce a insinuare il dito e ad apprezzare la faccia profonda.

La ragione fisica di tale segno è ovvia.

I tumori benigni ad accrescimento espansivo sottocutaneo assumono una forma a focaccia. La faccia profonda è piana (come si riconosce all'exeresi chirurgica) per l'adattamento al piano resistente su cui riposa, mentre la superficie anteriore, potendo distendere la cute, assume una forma a calotta più o meno regolare.

(1) Nei casi di lipoma infiammato o di ascesso freddo, che ha provocato aderenze col derma della sua superficie anteriore o modificazioni di colorito della cute per imminenza di ulcerazione, altri segni aiutano alla diagnosi. Ciò è così ovvio che mi sembra inutile insistere.

Se il tumore è mobile (come è generalmente di molti tumori benigni sottocutanei) e specialmente se la cute, che li riveste, è sottile, è facile apprezzare con la tecnica sopradescritta la parte della faccia profonda allontanata dal piano su cui riposa.

Negli ascessi freddi per gli intimi rapporti coi tessuti, donde il processo ha avuto origine, non esiste una superficie libera profonda apprezzabile colla palpazione, nè una spostabilità tale da permettere di insinuare il dito.

Nelle cisti, come del resto nelle adeniti senza periadenite, o nei tumori ganglionari mobili, la faccia profonda è convessa, perchè si conserva sempre con l'accrescimento la forma sferica.

Come per la maggior parte delle ricerche diagnostiche l'assenza del sintoma (ossia la mancata percezione della faccia piana posteriore) ha meno valore della sua positività. La presenza del sintoma stesso è di importanza decisiva, come la lobulazione per il lipoma o la puntura esplorativa positiva per la ciste o l'ascesso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE
DEL CORPO D'ARMATA DI TORINO
diretto dai colonnelli G. GURGO e R. MARRAS.
SEZIONE MALARICI diretta dal prof. G. QUARELLI.

Sindrome di Addison e malaria.

Dott. ANTONIO FULCHIERO.

In questi ultimi anni furono osservate e descritte sindromi di insufficienza surrenale nelle più differenti forme morbose infettive (tifo, dissenteria, colera, scarlattina, difterite, ecc.). Anche nella infezione malarica vennero rilevate, e con una discreta frequenza, sindromi di tale insufficienza, le quali si presentano il più delle volte in forma leggera, molto incompleta e ad evoluzione subacuta con esito di guarigione, ma talvolta in forma acuta grave (De Biase) ed anche con esito letale (Barker, Paisseau e Lemaire); talvolta infine con un decorso lento, cronico, progressivo.

Già Castellani, Chalniers, Ascoli, Grall avevano accennato a questa complicanza nei malarici, senza poterne tuttavia approfondire lo studio e senza aver potuto suffragare le loro osservazioni con reperti anatomici.

Barker per primo, Paisseau e Lemaire nel 1916, Dudgeou e Clarke nel 1917 constatarono l'esistenza di lesioni profonde delle capsule aventi il carattere delle surrenali degenerative od emorragiche; tali lesioni pur essendo

estese a tutta la ghiandola si presentano assai più gravi nella sostanza corticale, che Paisseau e Lemaire trovarono in qualche zona ridotta a tessuto amorfo. I piccoli vasi intraghiandolari furono trovati in qualche punto infarciti di parassiti e di elementi in processo di fagocitosi. La localizzazione parassitaria veniva pertanto a dimostrare come le alterazioni anatomiche fossero determinate dall'azione diretta del parassita sulla ghiandola.

Varii altri autori oltre a quelli citati si occuparono dell'iposurrenalismo da malarici: Abrami, Garin, Sarrony e Pouchet, Fraga, descrissero delle sindromi fruste da insufficienza surrenale, sviluppatesi a distanza di mesi dall'infezione primitiva e caratterizzate da forte ipotensione arteriosa, da disturbi dell'apparato digerente, da pigmentazione della cute e delle mucose, ecc. Paisseau e Lemaire nel lavoro citato riferiscono la storia clinica di un malato che realizzava il quadro completo del m. di Addison.

Quarelli nel 1918 descrisse altri due casi di sindrome di Addison completa, di origine sicuramente malarica, osservati nella Clinica medica militarizzata della Università di Torino; in entrambi il quadro clinico era veramente caratteristico; spiccata astenia, ipotensione arteriosa, pigmentazione della cute e delle mucose oltre ad altri sintomi secondari quali dolori addominali e lombari, nausea, vomito, ecc., mancanza di reazione all'adrenalina. I due malati, seguiti per più mesi dal Quarelli, non presentarono più, in seguito alla cura specifica, alcun accesso febbrile; i sintomi di insufficienza surrenale si attenuarono ma non scomparvero, per cui l'A. ritenne impossibile la riparazione completa delle lesioni e impossibile quindi la scomparsa totale delle manifestazioni di iposurrenalismo.

Nel giugno 1920 Furno, dell'Ospedale di Imola, pubblicò pure un caso di morbo di Addison in un malarico, caratteristico per le intense ed estese pigmentazioni della cute e delle mucose.

Dall'inizio del 1919 al marzo 1922 io fui nella Sezione specializzata per malarici presso l'Ospedale Militare di Torino. La perfetta organizzazione di tale sezione, i mezzi di ricerca a disposizione e la grande affluenza di malati (circa 8000 in tre anni), mi permisero di osservare e di seguire nella loro evoluzione un buon numero di complicanze malariche, talune delle quali di notevole interesse clinico. Di esse mi riservo di riferire in altro luogo.

Tra l'altro ho potuto constatare la reale discreta frequenza di sindromi parziali di insufficienza surrenale, caratterizzate per lo più da adinamia muscolare, da ipotensione arteriosa, da dolori ai lombi, alla base del torace, all'addome e non di rado da parossismi vagotonici transitorii, quali vomito, diarrea. Oltre alle numerose forme spurie di surrenopatie, osservai e seguii per lungo tempo tre malati con sindrome di Addison completa di natura indubbiamente malarica.

Dato l'interesse e la rarità di tale sindrome ho ritenuto opportuno rendere noti i casi osservati, anche per consiglio del Direttore della Sezione, prof. Quarelli.

CASO I. — *Palmieri Sebastiano*, anni 22, nato e residente a Bari, guardia di finanza. Entrato all'ospedale, settembre 1919.

Anamnesi. — Padre di a. 52 sano. Madre morta a 50 anni di cardiopatia. Cinque fratelli godono buona salute. Non tubercolosi in famiglia. Non sofferse malattie degne di nota. Non lue, non malattie veneree. Non è fumatore, moderato bevitore di vino.

Chiamato al servizio militare il 25 gennaio 1917. Ebbe il primo accesso di malaria a Rovigo nel giugno 1918. Curato dapprima al Corpo con chinino per bocca, fu poi inviato all'Ospedale, dove fece cure di iniezioni di chinino e di preparati di ferro ed arsenico. Uscito dall'Ospedale non prese più chinino. Dopo un mese ricominciarono gli accessi febbrili, per cui fu rimandato all'Ospedale. Uscito, recidivò ancora.

Entrò finalmente nella nostra Sezione il 19 settembre 1919. L'a. afferma che circa quattro mesi addietro, in seguito ad alcuni accessi di febbre quotidiani, cominciò a notare una grande spossatezza, scomparsa di ogni volontà, diminuzione della memoria, diminuzione dell'appetito e talore ripugnanza per i cibi; nausea, vomito.

Contemporaneamente notò che la cute assumeva una tinta più scura, fino a divenire bruna, specialmente sul volto, sul collo, ai genitali.

Al suo ingresso in Sezione accusava ancora notevole astenia, inappetenza, sovente dolori ai lombi e alla regione epigastrica, in forma accessuale.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica regolare. Condizioni di nutrizione discrete. La cute è bruno-pallida; il volto è chiazzato e ricorda la maschera delle gravide. Fortemente pigmentati i genitali esterni e l'areola mammaria. Sulla mucosa delle gengive e delle guancie vi sono piccole macchie brunastre. Anche sugli arti sonvi disseminate piccole macchie brune.

Sistema linfatico. — Normale.

Apparato circolatorio. — Cuore in limiti fisiologici; toni profondi. Polso ritmico, facilmente compressibile, di frequenza 82 al m'. PM=90 mm. Hg. Pm 55. Riflesso oculo-cardiaco del Dagnini normale: il polso da 82 scende a 76 colla compressione oculare.

Apparato respiratorio. — Integro.

Apparato digerente. — Lingua patinosa. Dolorabilità della regione epigastrica alla pressione. Lieve meteorismo intestinale.

Fegato in limiti normali. *Milza*: il polo su-

periore arriva al margine superiore della 7ª costa lungo l'ascellare media; il polo inferiore si palpa a tre dita dall'arc. costale.

Esame del sangue: Emometria 70 %. Globuli rossi 3,800,000. Globuli bianchi 5,500. *Formola leucocitaria*: Polinucleari neutrofili 56 %; linfociti 35 %; grossi mononucleari 8 %; eosinofili 1 %.

Ricerche complementari. — Esame radiologico negativo.

Cutireazione tubercolinica negativa.

Iniezione tubercolina 1/2 milligr., negativa.

Prova del vescicante marcatamente positiva.

Reazione di Wassermann negativa.

Prova dell'adrenalina: reazione scarsa con un milligr. di soluz. al millesimo. PM da 90 a 95; Pm da 55 a 58.

Prova della pilocarpina: nessuna modificazione della tensione arteriosa. Polso da 85 a 105; leggero senso di secchezza alla gola; lieve sudorazione.

Prova dell'atropina. Polso da 78 a 95; nessun'altra modificazione.

Decorso. — L'a. venne sottoposto a cura intensa. Per os: gr. 1,50 di bisolfato di chinino al giorno. Per iniezioni endomuscolari: 1 gr. di bicloridrato di chinino e 1 milligr. di fosforo, a giorni alterni. Per iniezioni endovenose: arsenobenzolo 5 iniezioni da 0,15, 0,30, 0,45, 0,45, 0,60.

Dieci giorni dopo l'inizio della cura specifica gli venne somministrato il cloridrato di adrenalina a gocce con dosi progressive da 8 a 20, indi regressive due volte al giorno. Venne trattenuto in Sezione complessivamente circa due mesi. Ebbe qualche accesso febbrile nei primi giorni di degenza. Dopo un mese di cura le condizioni erano notevolmente migliorate. Aumentato di peso, tornato l'appetito, diminuita molto l'astenia, aumentata la tensione arteriosa da 90 a 105. Soltanto le pigmentazioni non subirono quasi modificazioni. Dopo due mesi, prima di essere dimesso, era in condizioni quasi normali; la tensione arteriosa 120; tutte le funzioni normali. La tinta bruna si era modificata tuttavia pochissimo.

CASO II. — Penna Pietro, anni 22, da Alba, 1° artiglieria da montagna. Entrato il 4 dicembre 1919.

Non ricorda di aver sofferto malattie degne di nota prima della chiamata alle armi.

Padre e madre viventi e sani. Ha un fratello e una sorella, pure in ottima salute. Non tubercolosi in famiglia.

Fu chiamato alle armi nel marzo 1917. Ebbe il primo accesso di malaria nel dicembre 1918 mentre si trovava sul Basso Piave. Fu prima curato al Corpo, poi ricoverato per ben tre volte in Ospedali da Campo. Afferma che gli furono fatte un centinaio di iniezioni di chinino prima del dicembre 1919, giorno in cui venne ricoverato nella nostra Sezione.

L'a. riferisce che nel luglio 1919 fu colto da una stanchezza notevole e tale da essere costretto a tenere quasi continuamente il letto. Qualche tempo dopo l'inizio dell'astenia la cute cominciò a divenire uniformemente più scura, e sul volto, sul dorso delle mani e degli avambracci assunse una tinta marcatamente bruna. Era colto frequentemente da vomito e talvolta da diarrea preceduta da violenti dolori addominali. Con una cura chininica intensa, per bocca e per iniezioni, l'a. afferma di essere migliorato, tanto che venne d'messo dall'Ospedale e rimandato al Corpo. Dopo tre settimane venne ripreso dalla debolezza, cui s'aggiunsero vertigini, lipotimie, inappetenza, nausea. Ritornò in Ospedale, ma dalla cura chininica ebbe scarso giovamento. Gli venne allora concessa una licenza di convalescenza, dopo la quale rientrò al Deposito donde fu mandato alla nostra Sezione.

28 dicembre 1919. — L'a. è costretto a tenere il letto per la notevole astenia; invitato a camminare, fa a stento qualche passo appoggiandosi al letto. Ha ripugnanza per i cibi; con difficoltà gli si fa prendere un po' di latte; sovente dopo l'ingestione di esso ha vomito. Accusa dolore quasi continuo alla base del torace, che talvolta si accentua notevolmente.

Obbiettivamente: Le masse muscolari sono floscie, pochissimo sviluppate; il pannicolo adiposo è scarso. La cute è giallo-bruna. Sulla fronte, alla radice del naso, come pure sul dorso delle mani spiccano delle chiazze brune; sugli avambracci e sul torace notansi piccole macchie brune della grandezza di una testa di spillo. L'areola mammaria e i genitali esterni sono particolarmente pigmentati. La mucosa labiale e gengivale è pigmentata; così pure la mucosa delle guancie in prossimità dell'angolo delle labbra.

Apparato circolatorio. — Cuore in limiti fisiologici. Toni un po' deboli sopra tutti i focolai di ascoltazione. PM 100 millim. di Hg.; Pm 65. Polso 72 al m'. Riflesso O. C. del Dagnini: il polso scende da 74 a 64 al m'.

Apparato respiratorio: integro.

Apparato digerente: Lingua patinosa, asciutta. Addome avvallato, dolente alla pressione specialmente nella regione epigastrica.

Fegato: deborda di un dito trasverso dall'arcata costale.

Milza: Si palpa il polo inferiore a tre dita trasverse dall'arco costale lungo la emiclaveare; di consistenza dura.

Esame del sangue. — Emometria 55. Globuli rossi 3,100,000. Globuli bianchi 7,500. Formola leucocitaria. Polinucleari neutrofili 57. Linfociti 34. Grossi mononucleari 9.

Ricerche complementari. — Esame radioscopico negativo.

Reazione di Wassermann negativa.

Cutireazione tubercolina negativa.

Iniezione tubercolina (1/2 milligr.), reazione negativa.

Prova dell'adrenalina: l'iniezione sottocutanea di 1 milligr. di adrenalina non determina glicosuria. La PM da 100 sale a 105; la Pm=60 rimane invariata.

Prova dell'atropina: con 1 milligr. di solfato di atropina il polso sale a 105 al m'; dopo 50 minuti era tornato alla frequenza normale (75).

Prova della pilocarpina: pochi minuti dopo l'iniezione l'a. suda abbondantemente ed accusa senso di secchezza alle fauci; tali fatti scompaiono dopo trenta minuti.

Decorso clinico. — Viene curato per un mese con iniezioni a giorni alterni di 1 gr. di biclor. di chinino e di 1 milligr. di fosforo, e con 4 iniezioni di arsenobenzolo. Ogni 6-7 giorni gli viene praticata un'ipodermoclisi di

100 cc³ di soluzione fisiologica con 1 gr. di bicl. di chinino e 3/4 di milligr. di adrenalina. Non tollera il chinino per os, che gli dà nausea e vomito. Gli vengono somministrate per 15 giorni le gocce di cloridr. di adrenalina nella dose massima di 30 pro die in tre volte. Dopo tre settimane di cura ha qualche miglioramento; si alza alcune ore della giornata; i dolori lombari sono diminuiti. Ha sempre inappetenza. Alla 5ª settimana viene preso improvvisamente da vomito, diarrea, da dolori vivi addominali e lombari; che durano circa una settimana. È di nuovo costretto a tenere il letto; è deperito notevolmente; la PM 95; Pm 50. Gli vengono allora praticate ogni tre giorni delle piccole ipodermoclisi adreno-chininiche, e quotidianamente iniezioni di olio canforato; ogni otto giorni iniezione endovenosa di gr. 0.50 di chinino. Quasi nessun giovamento. Si sospende per qualche giorno il chinino, e viene sostituito con iniezioni arseno-ferruginose, di lecitina, e somministrazione di cloridrato di adrenalina.

Il malato continua a deperire. Vengono ripetuti l'esame radiologico e la cutireazione, con esito negativo.

Dopo quattro mesi di cura l'a. si trovava presso a poco nelle condizioni in cui era allorquando venne ricoverato. La famiglia ottenne di trasportarlo a casa il 6 maggio 1920. Gli prescrivemmo l'estratto totale di capsula surrenale dell'I. S. M., la cinconina e ogni quattro giorni un'iniezione di 1 gr. di chinino per due giorni consecutivi. Dopo tre mesi (20 agosto) l'a. si presenta all'Ospedale notevolmente migliorato; dice di aver seguito la cura prescrittagli, scrupolosamente. Lo rivediamo ancora nel marzo 1921; dice di aver continuato a prendere cinconina e chinino per bocca nonchè le compresse di estratto surrenale fino al gennaio, e di aver tralasciato perchè riteneva di essere guarito. Aveva riacquistata la forza muscolare, le funzioni gastro-enteriche si compievano perfettamente, era aumentato di circa 14 kilogr. di peso dal maggio 1920. L'emometria era 88. La PM 125. Persistevano la tinta bruna e le pigmentazioni cutanee.

CASO III. — Soldato Simeone G., classe 1896, 92 Regg. Fanteria. Entrato all'Ospedale il 18 gennaio 1920.

Anamnesi. — Padre e madre viventi e sani. Ha tre fratelli e una sorella, tutti in buona salute. Sofferse di scarlattina all'età di 8 anni, di cui guarì bene. Non malattie veneree, non sifilide. È moderato fumatore. Non bevitore.

Fu chiamato al servizio militare nel 1916. Ebbe il primo accesso di febbre malarica nel gennaio 1918 mentre era sul Basso Piave. Fu curato in un Ospedale da Campo per 15 giorni, poi al Corpo. Afferma che per più di un anno non ebbe più febbre nè alcun altro disturbo. Nel settembre 1919, mentre trovavasi a Monfalcone fu colto da nuovo accesso di febbre; fu curato successivamente in varii ospedali: a Gradisca, a Modena, a Ravenna.

Entrò nella nostra Sezione il 18-1-1920.

L'a. dice che fin dall'ottobre 1919 avvertì una grande debolezza generale, svogliatezza, inappetenza; contemporaneamente notò che la cute diveniva bruna, specialmente alla faccia ed ai genitali. Da allora ebbe di quando in quando dolori accessionali all'addome e ai lombi, ebbe vomiti e diarree, sensazioni di freddo alle estremità; perdette pure l'appetito.

Attualmente l'a. accusa notevole astenia, inappetenza, dolori addominali, senso di freddo ai piedi ed alle mani, le quali sono discretamente cianotiche.

All'*esame obbiettivo* si presenta di costituzione regolare, con masse muscolari e pannicolo adiposo sottocutaneo scarsamente sviluppati. Il colorito della cute è bruno con zone più intensamente pigmentate alla faccia, al collo, ai genitali esterni, alle areole mammarie, al dorso delle mani; si notano delle piccole pigmentazioni cutanee della grandezza di una capocchia di spillo sul torace, anteriormente, ed agli avambracci, regione dorsale. Anche le congiuntive palpebrali presentano piccole pigmentazioni, e sulle mucose labiale e gengivale esistono chiazze brune a contorni irregolari.

Apparato respiratorio: normale.

Apparato digerente: La regione epigastrica è leggermente dolente; addome avvallato.

Apparato circolatorio: Il limite destro dell'area cardiaca arriva alla mediana dello sterno. Filo cardiaco diffuso nel IV e V spazio interc. sin. Toni oscuri. Polso molle ritmico, frequente 95-102 pulsazioni al minuto. Riflesso del Dagnini negativo.

Fegato: Si palpa sotto l'arco costale.

Milza, notevolmente aumentata di volume. In alto lungo l'ascellare media essa arriva al margine inferiore della 7ª costa. Si palpa il polo inferiore a circa tre dita dall'arcata costale; è dura, leggermente dolente. Riflessi e sensibilità normali.

Esame del sangue. Emometria 65 %. Globuli rossi 3,400,000. Globuli bianchi 6,300.

Formola leucocitaria: Polinucleari neutrofili: 60 %; linfociti 31 %; grossi mononucleari 6 %; eosinofili 3 %.

Ricerche complementari. — Cutireazione T. B. e radioscopia, negativi.

Reazione di Wassermann, negativa.

Prova del vescicante, positiva.

Prova dell'atropina: il polso da 98 salì a 104.

Prova dell'adrenalina: con un milligr. di soluz. al millesimo si ebbe un aumento massimo della tensione arter. di 5 millim. di Hg. da 95 a 100, nessuna modificazione del ritmo.

Dermografismo bianco (linea bianca del Sergent).

Decorso: Viene curato con chinino per bocca (1 gr. al giorno) e per iniezioni endomuscolari (gr. 0,50 ogni due giorni), e con iniezioni di 1 milligr. di fosforo puro alternativamente con quelle chininiche. Gli vengono somministrate quotidianamente 20 gocce di cloridrato di adrenalina al millesimo in due volte. Durante la cura ebbe due accessi febbrili, il primo 8 giorni dopo l'ingresso in Sezione, il secondo dopo circa tre settimane. Dopo un mese di cura chininica vengono iniziate le iniezioni di arsenobenzolo praticate ogni 7-8 giorni, alle dosi di 0,15, 0,30, 0,45 (sei complessivamente).

Da allora non ebbe più accessi febbrili.

Nelle prime quattro settimane di degenza non lasciò quasi mai il letto, a cagione della notevole astenia che non gli permetteva di reggersi in piedi. Sovente accusava dolori alla regione epigastrica e lombare, talora anche nausea e vomito. Dalle cure ebbe scarso giovamento. I valori della tensione arteriosa si mantennero presso a poco invariati. PM 90-95, Pm 50. Sempre inappetenza e talvolta ripugnanza per i cibi, tanto che taluni giorni non ingeriva che due tazze di brodo.

Dopo due mesi di cura le iniezioni di chinino e fosforo vennero sostituite con iniezioni di lecitina e di citrato ferroso; ogni 3-4 giorni veniva praticata una ipodermoclisi di 50 cc³. di siero fisiologico con 1/2 milligr. di adrenalina e 1/2 gr. di chinino; per bocca 20 gocce di cloridr. di adrenalina *pro die*.

Nel 3° mese ebbe qualche miglioramento e si alzava tutti i giorni per alcune ore. Persisteva tuttavia un discreto grado di astenia generale, inappetenza, difficile digestione, talora dolorabilità all'addome e specialmente ai lombi. La tinta bruna della cute e le pigmentazioni cutanee e delle mucose non subirono modificazioni.

Alla fine del marzo dietro insistenza della famiglia venne inviato in licenza di convalescenza di sei mesi; era leggermente aumentato di peso, la PM era di 105 milligr. di Hg.; persisteva anoressia e un discreto grado di debolezza generale. Non abbiamo più avuto notizie di questo ammalato.

***

La sindrome presentata dai tre casi riferiti è perfettamente sovrapponibile a quella classica del morbo di Addison. I sintomi erano in essi al completo e ben marcati: astenia notevole muscolare e psichica, ipotensione arteriosa, cute bronzina e pigmentazione delle mucose, anoressia, nausea, anemia profonda, dimagramento notevole e progressivo. Si aveva inoltre a intervalli e accessualmente la comparsa di dolori lombari e addominali, di vomito e diarrea, fatti questi che insieme colla melanodermia sembrano essere legati all'irritazione dei plessi nervosi pericapsulari.

La malaria adunque è capace di determinare tutte le forme della insufficienza soprarenale; da quella acutissima per soppressione brusca della funzione ghiandolare a quella acuta per improvvisa notevole diminuzione di tale funzione, dalla forma subacuta transitoria per diminuzione parziale e progressiva della funzione soprarenale alle forme lente senza melanodermia e a quelle pure lente, progressive, con melanodermia diffusa e pigmentazione delle mucose, le quali realizzano il quadro della malattia di Addison.

Quest'ultima complicanza è clinicamente interessante per la sua perfetta identità colla sindrome addisoniana di origine tubercolare e per la mancanza di criterii assoluti atti a differenziare le due forme. In pratica la necessità di tale differenziazione si impone sia per il fatto che la prognosi è ben diversa nei due casi e sia per poter istituire in tempo un trattamento specifico qualora si tratti di forma malarica. La prognosi, com'è noto, è sempre infausta nelle forme tubercolari le quali possono protrarsi per uno o due anni al massimo; la prognosi nelle forme malariche è invece relativamente buona.

L'esperienza nostra e degli autori che si sono occupati dell'argomento dimostra che la sindrome addisoniana di natura malarica migliora o per lo meno non progredisce se si interviene in tempo con un'energica ed adatta cura specifica coadiuvata colla opoterapia.

La mancanza di segni clinici atti a differenziare il m. di Addison classico dalla sindrome addisoniana malarica non esclude tuttavia che si possa diagnosticare con quasi certezza la natura della sindrome. A tal uopo è necessario procedere in ogni caso a minuziose ed accurate indagini anamnestiche onde stabilire se l'ammalato ebbe in passato qualche lesione tubercolare, se sofferse di febbri malariche o anche soltanto se fu in zone malariche, essendo noti i casi di malaria a decorso subdolo e anomalo senza veri accessi febbrili, e caratterizzati il più delle volte da malessere generale, da anoressia, da astenia, da anemia, da una speciale tinta pallido terrea della cute, da qualche lieve rialzo termico, sovente da splenomegalia, la quale può tuttavia anche mancare. In questi casi si praticheranno esami ripetuti di sangue per la ricerca del plasmodio, preferibilmente facendo precedere alla presa del sangue stesso un'iniezione di qualcuna delle note sostanze cosidette provocatrici (cloridr. di adrenalina, stricnina, trinitrina, ecc.) le quali favoriscono la mobilizzazione e l'entrata in circolo del parassita. La presenza del plasmodio farà ritenere come molto probabile l'origine malarica della sindrome addisoniana, senza che peraltro lo si possa decisamente affermare. È ancora necessario escludere l'esistenza dell'infezione tubercolare, cosa che in pratica presenta talvolta delle difficoltà, essendovi delle localizzazioni tubercolari che possono trascorrere inosservate. Nè si può tener conto dell'esito delle reazioni tubercoliniche, comunque praticate, essendo noto che l'esito positivo non ha che il significato generico di una più o meno antica infezione tubercolare mentre l'esito negativo è fenomeno comune in individui sicuramente

tubercolotici ma per effetto della tubercolosi o per altre ragioni molto deperiti, cachettici, e quindi scarsamente dotati di poteri di difesa. E gli addisoniani i quali sono profondamente anemici e deperiti hanno appunto la loro capacità difensiva sicuramente ridotta all'estremo limite.

Nonostante però queste difficoltà si potrà ammettere che una sindrome addisoniana sia di origine malarica allorquando l'ammalato che la presenta abbia in atto la malaria con reperto positivo del parassita nel sangue e non abbia lesioni tubercolari rivelabili e nemmeno risulti che abbia avuto in passato forme tubercolari. In questi casi si inizierà senz'altro la cura chininica. Gli addisoniani che sempre soffrono di anoressia e generalmente di nausea, tollerano male il chinino per os. È quindi preferibile ricorrere alle iniezioni endomuscolari, alla dose di 1 gr. di bicloridr. di chinino per iniezione e per giorno. La somministrazione per bocca sarà ridotta a dosi piccole e contemporaneamente verrà somministrato l'estratto totale di ghiandola surrenale.

Ottimi risultati hanno dato a noi le ipodermoclisi di 50-100 cc^3. di soluzione fisiologica di Na Cl con 1 gr. di chinino e 1 milligr. di adrenalina, praticate ogni due o tre giorni. In qualche caso si potrà anche ricorrere alle iniezioni endovenose di chinino, alla dose di gr. 0,25-0,50 ogni tre o quattro giorni. Le iniezioni di arsenobenzolo sono sconsigliate da qualche autore; a noi, che le abbiamo usate in dosi non elevate (da gr. 0,15 a 0,45), non diedero mai disturbi rilevabili.

Col trattamento specifico si assiste talvolta a dei risultati sorprendenti; già dopo pochi giorni di cura alcuni sintomi regrediscono e specialmente i disturbi dispeptici, l'astenia, i dolori; anche la tensione arteriosa aumenta sensibilmente e progressivamente.

Malaria e tubercolosi possono trovarsi associate in un addisoniano. In tal caso è difficile stabilire di quale natura siano le lesioni capsulari. Si praticherà tuttavia la cura specifica col chinino procedendo naturalmene con prudenza, adottando dosi non elevate di chinino e sorvegliando attentamente e continuamente l'ammalato. Il risultato della cura dirà se le lesioni surrenali sono dovute alla malaria o alla infezione tubercolare; in quest'ultimo caso non si avrà naturalmente nessun vantaggio dal trattamento chininico. Uno di questi casi, di associazione della malaria e della tubercolosi in un addisoniano, fu descritto da Rusca; all'autopsia si trovò una estesa caseosi bilaterale dei surreni. Questo reperto indusse il Rusca a raccomandare di andar cauti nel porre la diagnosi di lesione ematozoaria delle capsule surrenali.

Nei nostri malati abbiamo escluso che la sindrome di Addison fosse di natura tubercolare non soltanto in base all'esame clinico ed ematologico, ma anche in base ai risultati della terapia specifica, che in tutti apportò degli indiscutibili vantaggi.

In conclusione un fatto resta accertato, ed è l'esistenza della sindrome di Addison ad eziologia malarica. Tale sindrome non si differenzia da quella determinata dalla tubercolosi delle ghiandole soprarenali tranne che nell'esito. Mentre le forme da malaria sono curabili e possono essere arrestate nel loro sviluppo, le forme tubercolari sono fatalmente progressive e letali.

BIBLIOGRAFIA.

V. ASCOLI. *La malaria.* Un. Tip. Editrice, 1915.
G. DE BIASE. *L'insuffic. acuta surrenale e la malaria.* Foggia, 1918.
BARKER. Citato da V. ASCOLI.
PAISSEAU e LEMAIRE. Soc. Méd. de Paris e Presse Médicale, 1916.
DUDGEOU e CLARKE. The Lancet, 1917.
FRAGA. Revista Iber. Amer. de Ciencias Medic. di Madrid, 1918.
GARIN, SARROUY e POUCHET. Le progrès Médic., 1917.
SERGENT. Etudes clin. sur l'insuffis. surrénale, Paris, 1914.
G. QUARELLI. *Della malattia di Addison ad etiologia malarica.* Pensiero medico, 1918.
A. FURNO. Il Policlinico, 1920 (Sez. Pratica).
G. RUSCA. Il Policlinico, luglio 1920 (Sez. Medica).

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI FISIOLOGIA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. S. BAGLIONI.

Su alcune modificazioni al metodo volumetrico del Fehling, per la determinazione degli zuccheri.

Prof. D. MAESTRINI.

Una lunga esperienza personale, ed un largo controllo, fatto da persone diverse, mi hanno persuaso che al *metodo volumetrico del Fehling, per la determinazione degli zuccheri*, si possono portare alcune modificazioni, che lo fanno più celere, più pratico e più esatto.

Ritengo inutile trascrivere il metodo del Fehling, a tutti noto, e passo a descrivere il metodo, che io consiglio:

« Si preparino 3 serie di provette ordinarie, di cui ciascuna serie si componga di 5 provette; si preparino pure 3 serie (di cinque elementi ciascuna) di piccoli tubi d'assaggio, come quelli per sierodiagnosi, e su ciascuno di essi si ponga un piccolo imbuto, con entro un triplo o quadruplo filtro; si prepari infine una miscela di acido acetico pp. e soluzione di ferro-cianuro potassico.

Avendo pronta la soluzione, contenente zucchero, e preparato il liquido di Fehling, come d'ordinario, si versino in ciascuna provetta di una qualsiasi delle serie approntate, 10 cc. di liquido di Fehling diluito (soluzione 1: 4), ed in ciascuna provetta si aggiungano quantità gradatamente crescenti di liquido zuccherino in esame (es. cc. 0.5, 1 cc., 1.5 cc., ecc.). Intanto è messa acqua a bollire in una *becher*, e quando essa bollirà, nel *becher* si immergerà la *serie delle provette*, contenenti liquido di Fehling e liquido zuccherino da esaminare, e vi si farà rimanere *sei minuti primi*.

Durante questi pochi minuti, con una sottile pipetta, si lasceranno cadere in fondo alle piccole provette da siero-diagnosi, alcune gocce della miscela, costituita di acido acetico pp. e ferrocianuro potassico, e si farà in modo che le parti, assottigliate degli imbuti, tocchino la parete dei piccoli tubi, allo scopo di impedire, al momento della filtrazione, la mescolanza del filtrato col liquido, precedentemente messo.

Trascorsi i sei minuti primi di ebollizione, il contenuto di ciascuna provetta si verserà rapidamente sui filtri, già preparati; si lasceranno filtrare solo alcune gocce, indi si allontanerà l'imbuto con il rimanente del liquido.

Il filtrato (avendo prima avuto l'accortezza di far toccare, come si disse, la parte affilata degli imbutini alla parete dei tubicini da sierodiagnosi) si sarà *stratificato* al disopra della miscela — *acido acetico e ferrocianuro* —. Se saranno presenti, nel filtrato, anche traccie di rame, si formerà nella zona di separazione dei due liquidi, un disco rossastro (dato da ferrocianuro di rame), che si renderà molto ben visibile, anche se appena accennato, mettendo dietro la serie dei tubicini una listerella di carta bianca.

Si osserverà in quale tubicino si è formato il disco ed in quale non esiste affatto; si noteranno le quantità di liquido zuccherino, corrispondenti a questi limiti, e si procederà ad una nuova prova, con una seconda serie di provette, usando quantità di liquido zuccherino gradatamente crescenti; comprese tra i limiti suddetti, e quindi, se nella prima prova, si andò aumentando di cc. 0.5, in questa seconda prova si andrà gradatamente aumentando di cc. 0.1.

Osservati anche questa volta i limiti di reazione, si procederà ad un'altra prova con la terza serie di provette, in cui le quantità di liquido zuccherino andranno gradatamente crescendo di frazione di 0.1 cc.

In base alle esperienze personali risulta che la modificazione descritta, porta ad un aumento notevole di precisione.

Riferisco un'esperienza:

20 dicembre 1921. Preparo una soluzione di glicosio pp. al titolo di g. 1 %.

Col metodo del Fehling classico trovo che la soluzione contiene gr. 1.1 % di glicosio, col metodo che propongo gr. 1 % di glicosio.

Dunque mentre con il metodo ordinario del Fehling commettevo un errore in più, pari a gr. 1 ‰, col metodo da me eseguito l'errore era nullo.

E del resto era facile immaginare che questo dovesse accadere; giacchè piccole quantità di *ferrocianuro di rame*, si potranno, *coeteris paribus*, rendere assai meglio visibili nella superficie di pochi mmq. (come presenta la zona limitare tra i due liquidi), anzichè in seno ad una massa liquida, che, per quanto piccola, si avvicinerà sempre e spesso supererà il volume di 1 cc.

Il procedimento analitico, che consiglio, per la determinazione quantitativa degli zuccheri, *è dunque senza dubbio più sensibile dell'ordinario Fehling;* ma è anche più breve, giacchè col metodo delle *successive serie di tubi d'assaggio*, ci sappiamo subito orientare sul quantitativo approssimativo dello zucchero, contenuto in un determinato liquido; ed in pochi minuti siamo anche al risultato definitivo con grande esattezza.

Naturalmente il metodo esposto vale solo quando si facciano filtrare una o due gocce del liquido in esame (com'è sempre consigliabile).

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE ITALIANO DI S. PAULO DEL BRASILE.

Delle stipsi chirurgiche.
(Ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali).

Prof. LUIGI MANGINELLI
della R. Università ed Ospedali di Roma,
primario medico.

(*Contin. e fine; vedi il fascicolo precedente*).

Patogenesi. — Tre gruppi di teorie si contendono il campo: la teoria meccanica, la teoria congenita e quella infiammatoria.

Teoria meccanica. — Fu emessa dal Lane. Secondo lui, gli organi umani non sono stati creati per la stazione eretta; i mezzi di fissazione sarebbero pertanto insufficienti e l'intestino tenderebbe, in conseguenza, a discendere. A questa ptosi, alla quale contribuirebbero anche eventuali errori dietetici, si opporrebbero, in certo modo, e i normali mezzi di sostegno che verrebbero a ispessirsi, e alcuni legamenti di nuova formazione, sottili e lassi dapprima, in seguito spessi e retratti. A questi legamenti sia di antica che di nuova formazione, verrà a sostenersi colle sue molli pareti il tubo intestinale, rimanendo fisso in un punto, mentre dall'una e dall'altra parte ricadrà, dando luogo in complesso ad un inginocchiamento in corrispondenza della zona d'inserzione legamentosa (ripiegatura di Lane).

Questa teoria colla quale il Lane vorrebbe spiegare tanto le formazioni membranose tipo Jackson quanto le sue ripiegature, non ha che scarsissimi sostenitori.

Teoria congenita. — Secondo Mayo, non si tratterebbe che di un peritoneo normale, non applicato intimamente sul colon e riccamente vascolarizzato.

Secondo Keiller, invece, ed è questa l'ipotesi che più o meno modificata è accettata dalla maggioranza di quegli Autori che vedono volentieri l'origine congenita delle membrane di Jackson (Cottem, Flint, Marschall, Gray, Anderson, Eastmann, Connel, Duval, Levoeuf, Delbet) le membrane corrisponderebbero ad un prolungamento stirato e retratto del bordo del grande epiploon ancora aderente al colon ascendente, prima della discesa del grosso intestino; in complesso, sarebbero il reliquato di un diverticolo epiploico destro abnormemente sviluppato.

A questa teoria congenita alcuni, tra cui lo stesso Jackson, oppongono varie obbiezioni tra le quali, principale, quella dell'assoluta mancanza di casi di pericolite membranosa nei bambini. Tale obbiezione a me pare che abbia poco valore, considerando che nel bambino le membrane, esistendo, dovrebbero essere talmente lasse da non permettere disturbi funzionali di qualche valore; non va dimenticato che si tratta qui di sindromi a lentissimo sviluppo, nelle quali contribuisce più di un fattore prima che si determini un aspetto morboso degno di nota. Quanti casi di stipsi non osserviamo noi nel bambino, e quale medico, pur convinto di avere a che fare con una pericolite membranosa, avrebbe il coraggio di proporre una laparotomia per cercare di migliorare una stipsi infantile? Nè è fuori di luogo ricordare uno studio minuzioso e interessante del Levoeuf basato su 50 neonati. Egli dimostra che in tale epoca, nella maggioranza dei casi (31), il sacco epiploico si arresta sul colon trasverso al livello del bordo interno della porzione discendente del duodeno; ma l'epiploon può prolungarsi a destra in un diverticolo sià segnalato da Halter, ritrovato da tutti gli embriologi e descritto da Prenant come ricoprente, alla fine del 5° mese, il colon trasverso, l'angolo epatico, il colon ascendente e talora anche il ceco. Questo diverticolo, in seguito ad un processo di regressione più o meno pronunziato, si trasformerebbe in formazione velamentosa corrispondente ai vari tipi di membrane pericoliche descritte.

Se a ciò aggiungiamo le due importanti osservazioni avanti citate, della dimostrazione di tronchi nervosi in alcune membrane (Nassetti) e della dimostrazione di membrane pericoliche nell'embrione (Flint), ci dovremo persuadere che, pur restringendo ad un numero limitato i casi nei quali si possa ammettere un'origine congenita, tale origine non può in modo alcuno essere negata.

Teoria infiammatoria. — E' quella che oggi va guadagnando maggiori sostenitori. La flogosi può avere il suo punto di partenza in organi vicini: appendice (Silhol, Walter, Jalaguier, Mauclaire), vescicola biliare (Paviot, Tripier), annessi (Küss); e si tratterebbe in tutti i casi di flogosi molto lieve ed a lunghissimo decorso. O può avere invece, ed è questo il caso più frequente nella tipica membrana pericolica, origine nel colon stesso o nel ceco; queste lesioni flogistiche, raramente evidenti, passano per lo più inosservate anche al reperto di autopsia. Secondo Jackson si avrebbe a che fare con affezioni estremamente attenuate le quali traversano lentamente le pareti intestinali senza lasciar traccia del loro passaggio. La causa fondamentale verrebbe a risiedere, in tali casi, nel ristagno cronico di sostanze fecali nel ceco-ascendente, in seguito a stipsi cronica.

Volendo trarre una conclusione da quanto si è scritto in proposito e dalla nostra esperienza, noi pensiamo che *tutte le membrane appartenenti al secondo tipo sopra descritto siano di origine infiammatoria, mentre tra le membrane del primo tipo (velamentose) ve ne siano di quelle da considerarsi come congenite ed altre infiammatorie; queste ultime rappresenterebbero probabilmente un periodo più avanzato delle membrane 2° tipo.* Quanto al fenomeno della stasi esso può essere primitivo, determinando cioè dopo lunghissimo tempo lievi fatti di flogosi delle pareti intestinali, ma può anche essere secondario a flogosi impiantatesi per altre cause, flogosi che determinano la stasi alterando la funzione motoria del tratto ceco-ascendente. Infine la stasi può essere dipendente nettamente dalla formazione delle membrane e ciò quando la membrana modifichi in un modo qualunque il normale decorso dell'intestino o ne alteri in qualche guisa il lume; sono questi i casi che maggiormente beneficiano di un appropriato intervento operativo.

Sintomatologia clinica. — Per Jackson ed altri AA. la diagnosi della pericolite, specie della forma ascendente, sarebbe piuttosto facile. Se fosse lecito scrivere di medicina in modo paradossale, io direi che la diagnosi di pericolite è tanto facile, quanto difficile è tracciarne il quadro sintomatologico in teoria. Egli è che la diagnosi di pericolite è più una diagnosi di esclusione che non una diagnosi diretta. Quando in un caso di stati intestinale cronica dolorosa, potete escludere per la poca nettezza dei sintomi, per la loro variabilità, un'appendicite, una lesione degli annessi, una lesione della cistifellea, pensate sempre alla possibilità di una pericolite e nel maggior numero dei casi avrete fatto la diagnosi esattamente.

Stasi cronica e dolore, più specialmente in corrispondenza della fossa iliaca destra, sono infatti, in ultima analisi, ciò che ne costituisce la sintomatologia clinica.

Riguardo alla stasi, essa riveste i comuni caratteri della stasi tipo ascendente, senza nulla di caratteristico. Abbiamo anche qui la comune stipsi cronica, ostinata, framezzata, di quando in quando, da brevi periodi di diarrea, abbiamo i più comuni sintomi a carico dello stomaco: lingua saburrale, inappetenza, nausee, eruttazioni, senso di peso, ecc. ed infine, disturbi nervosi vari e pessimo stato generale, in rapporto con l'intossicazione stercoracea cronica.

I dolori sono diffusi, variabili, si estendono in genere lungo il decorso del ceco e dell'ascendente, sconfinando però molto frequentemente in tutto il quadrante inferiore destro ed anche all'epigastrio; mancano i punti fissi, costanti, circoscritti delle lesioni appendicolari, annessionali, cistiche.

Luce maggiore possono dare le *ricerche radiologiche.* Di queste si sono occupati specialmente Klose, Jordan, Stierling, Aller, Michel, Duval, Roux, Delbet, Mauclaire e molti altri.

Nella pericolite membranosa, somministrando il bismuto per os, si rende ben manifesta la stasi cecale e si possono inoltre mettere in evidenza alcune modificazioni morfologiche nel tratto ceco-colon ascendente. Tali modificazioni appaiono però più evidenti servendosi dell'indagine *per rectum* mediante il clistere di contrasto. Si nota allora come il clistere, molto spesso si arresta (generalmente per qualche minuto) nell'angolo epatico prima di penetrare nel colon ascendente. Questo ed il ceco appaiono dilatati, bollosi e traversati da solchi, talora molto netti, che si differenziano facilmente dalle comuni contrazioni; in posizione eretta queste incisure aumentano di evidenza (Duval e Roux). Non raramente il colon ascendente si accolla alla prima parte del trasverso come due canne di un fucile. Spesso si associa a abnorme mobilità ed abbassamento del ceco. Secondo Delbet l'aspetto bolloso è dovuto non alle aderenze, ma allo stato atonico e ectasico del ceco, che presenta tra le bandelette una serie di piccole saccocce a pareti esili e flaccide. Secondo Mauclaire si ha spesso una notevole diminuzione di altezza del ceco ascendente, con restringimento dell'angolo epatico. Appare da tutto ciò come sia importante l'esame radiologico e come esso non debba mai trascurarsi in tutti i casi nei quali si sospetti una pericolite.

Dovere quindi del medico è di avere sempre presente l'idea della pericolite quando abbia a che fare con una stipsi dolorosa; e dovere del chirurgo di esaminare sempre con ogni attenzione il primo tratto dell'intestino crasso, ogni qualvolta abbia ad operare in sua vicinanza, astenendosi sopratutto da quelle bottoniere chirurgiche così care ai chirurgi nord-americani, per le quali passa appena l'appendice, è ben vero, ma sotto le quali rimane purtroppo così spesso inalterata la causa delle sofferenze dell'ammalato che non soffriva di appendicite.

Rispetto alla *diagnosi differenziale*, non credo sia il caso di passare in rassegna tutta la patologia della metà destra dell'addome. Non mi sembra possibile, a meno di casi eccezionali o di poca accuratezza nell'esame del malato, commettere un errore con una calcolosi renale, o con un'ulcera gastrica o duodenale; un rene mobile, un tumore del ceco, del colon

ascendente, una tubercolosi cecale, sono tutte condizioni facilmente rilevabili coll'esame diretto del malato e coll'aiuto di indagini particolari. Lo stesso dicasi delle affezioni della sfera genitale. Le evenienze che maggiormente debbono discutersi sono: la colecistite cronica, la tiflite e colite cronica, il ceco mobile, la ripiegatura di Lane, e in modo particolare l'appendicite cronica.

Per la *colecistite* il carattere più importante è dato dalla costatazione delle zone dolorose, netta e circoscritta nelle affezioni della cistifellea, più vaga e maggiormente diffusa nella pericolite. Inoltre, essendo possibile tale errore diagnostico nelle forme di pericolite dell'ascendente e dell'angolo epatico, la radiologia ci soccorrerà facilmente, indicandoci la proiezione reale del dolore e le eventuali alterazioni della parte del colon incriminata, alterazioni già da noi riportate avanti. Anche la costatazione della reazione della bilirubina nel sangue può qui aver valore. Naturalmente, non è il caso di parlare dei casi nei quali vi sia ittero od esista una marcata storia epatica.

Nella *tiflite* e nella *colite cronica*, sono sopratutto i dati relativi alle feci che ci saranno di buona guida diagnostica: in queste malattie infatti, predomina in modo assoluto la diarrea, e le feci hanno tutte le caratteristiche delle feci della diarrea cecale, con muco abbondante e con predominio dei fenomeni putrefattivi; il dolore inoltre vi è più netto e più pronunziato alla palpazione, mentre il dolore spontaneo ha rapporti più stretti col fenomeno della defecazione. Piccole elevazioni di temperatura vi sono più frequenti.

Il ceco *mobile* presenta identica sintomatologia subbiettiva ma si lascia distinguere per la stessa constatazione della mobilità del ceco stesso, mobilità, come abbiamo visto altrove, facile a riconoscersi per lo più, sia coi comuni metodi semeiologici, sia coll'indagine radiologica. Non mi sembra invece siano molto da seguire le sfumature di diagnosi differenziale riportate da Duval e Roux nella loro relazione alla «Société de Chirurgie», e trovo giuste le critiche a tal proposito del Delbet, di eccessivo schematismo. Nè va dimenticata la molto frequente associazione della pericolite con un ceco mobile.

La *ripiegatura di Lane* si lascia distinguere per una più bassa, più mediana e più netta sede del dolore, ma sopratutto per i risultati di un accurato esame radiologico. Questo ci dirà come la stasi non sia cecale ma a carico dell'ileo, ci dirà il punto dell'ostacolo e la deformità dell'ansa ripiegata.

Ma la malattia che più facilmente si presta a confondersi colla pericolite è *l'appendicite cronica* ed invero qui i caratteri differenziali sono molto lievi. E' più particolarmente l'accurata osservazione del dolore obbiettivo, osservazione che va ripetuta più volte e con molta attenzione evitando in modo particolare di influenzare l'attenzione del malato; la parte dolente nell'appendicite è veramente un punto più che una zona, e per quanto non esista un punto classico, esso è sempre costante nello stesso ammalato; la pressione in sua corrispondenza, risveglia spesso la sindrome dolorosa accusata dal paziente. La proiezione del dolore sull'appendice è spesso nettamente visibile allo schermo radioscopico. Di più i disturbi della defecazione non sono mai così netti come nella pericolite.

Terapia. — Il trattamento è quasi essenzialmente chirurgico. Parlare di esso equivale ad esporre tutta la chirurgia del grosso intestino, giacchè tutto fu sperimentato: cattivo segno questo perchè dimostra come nessun metodo abbia dato risultati assoluti e definitivi.

Gli interventi praticati possono essere divisi in quattro gruppi: liberazione delle aderenze, anastomosi, resezioni, apertura di fistole intestinali (cecostomia, appendicostomia).

Sezione delle aderenze. — Jackson sezionava semplicemente le membrane all'infuori del colon, liberandole dalla faccia anteriore del colon stesso. Per evitare la riproduzione delle aderenze Mayo unge con vasellina le superfici cruentate. Martin interpone tra l'intestino e la parete addominale il grande epiploon. Connel si serve della membrana stessa come di un elemento sospensore, fissandola al peritoneo parietale anteriore. Duval ed altri peritoneizzano accuratamente tutte le superfici intestinali denudate. Flint seziona le membrane senza scollarle dall'intestino. Malgrado questa varietà di interventi, le recidive sono abbastanza numerose. Attribuendole alla persistenza dell'atonia ed ectasia cecale, Delbet, Cuneo e lo stesso Jackson completano la sezione delle membrane con una cecoplicatio ed una cecopessia.

Il Taddei, partendo dal punto di vista che i vasi siano paralleli all'asse massimo della membrana e corrispondano quindi alla linea di trazione, seziona la membrana secondo una direzione perpendicolare a questi vasi e sutura i margini dell'incisione secondo una direzione perpendicolare a quella di sezione.

Anastomosi intestinale. — Attribuendo invece la causa degli insuccessi alla stasi cecale e ad eventuali lesioni flogistiche, si ricorse alle anastomosi in modo da escludere uno o più tratti del grosso intestino e furono praticate tutte le anastomosi possibili: *a*) ileo-traverso-

stomia termino-laterale e latero-laterale; *b*) ileo-sigmoidostomia; *c*) ceco-colostomia ascendente latero-laterale; *d*) ceco-traversostomia; *e*) ceco-sigmoidostomia.

Resezioni intestinali. — Furono eseguite: la resezione del colon ascendente, la resezione del ceco e del colon ascendente; la resezione dell'ultima parte dell'ileo, del ceco e dell'ascendente; la resezione del ceco, dell'ascendente e del trasverso; infine la resezione del ceco e di tutto il colon compreso il colon pelvico. Fra tutte queste resezioni Delbet e Cuneo vantano la colectomia ascendente, che essi ritengono la meno pericolosa, preferibile a qualunque anastomosi e che apporta una guarigione definitiva; il Levoeuf la chiama operazione ideale.

Fistole intestinali. — Sarebbero specialmente indicate nei casi nei quali concomiti uno stato flogistico dell'intestino od almeno quando si pensi che l'elemento flogistico abbia avuto grande importanza nella formazione delle membrane. Fu il Novaro che consigliò la cecostomia, alla quale oggi è subentrata la appendicostomia (1). Il Taddei obbietta l'inconveniente della poca importanza che hanno in questi casi i lavaggi, della possibilità in ogni modo di sostituirli con dei semplici lavaggi rettali ed infine della piccola breccia operatoria, che non permette un'accurata esplorazione del tratto incriminato. A quest'ultimo inconveniente credo si possa ovviare praticando prima un'incisione normale a scopo esplorativo e allo scopo di sezionare le membrane, attirando, in ultimo, l'appendice fra i labbri della ferita e praticando la stomia. Quanto ai lavaggi, pur essendo anch'io molto scettico al riguardo, debbo confessare però che in non pochi casi di gravi coliti, anche di natura dissenterica, ho visto risultati veramente sorprendenti e affatto paragonabili ai comuni lavaggi per via rettale.

Quanto al *trattamento medico* esso si compendia in poche parole, dovendo essere diretto da una parte a mantenere con ogni mezzo il più possibilmente l'alvo libero, dall'altra a diminuire, sia coll'istituzione di una dieta appropriata, sia con acconcia terapia medicamentosa, i fatti di putrefazione intestinale. Nei casi lievi un trattamento medico razionalmente e severamente applicato, può dare dei buonissimi risultati.

III. — RIPIEGATURA DI LANE (LANE'S KINK).

Sir Aburthnot Lane, i cui più importanti lavori in proposito rimontano al 1901, 1904, 1908, 1911, descrisse, per il primo, una ripiegatura dell'ileo in corrispondenza della sua ultima porzione e più precisamente a pochi centimetri dalla valvola ileo-cecale. Tale ripiegatura è mantenuta da una membrana, specie di legamento di nuova formazione, posta nello spessore del mesentere notevolmente accorciato. L'inginocchiamento ha generalmente la forma di un V rovesciato, le cui branche divergono in basso; la branca esterna è in genere addossata al colon ascendente. In alcuni casi può con essa coesistere una pericolite di Jackson.

Rispetto alla *sede* la più comune è quella ora accennata; ma il Lane ne descrive molte altre, e più precisamente:

a) in corrispondenza del duodeno, subito sotto la cistifellea;

b) all'angolo duodeno-digiunale;

c) all'angolo epatico del colon;

d) all'angolo splenico del colon;

e) in corrispondenza della S iliaca (the last kink).

Rispetto alla *patogenesi* ne abbiamo già parlato accennando alle idee del Lane a riguardo della patogenesi delle pericoliti che egli tende a unificare colle sue ripiegature. Tale concetto patogenetico bene si applica agli inginocchiamenti dell'ultima ansa dell'ileo, i più frequenti come abbiamo detto. In questi casi il ceco da una parte, la matassa dell'ileo dall'altra, resisi ptosici, tendono a stirare in basso l'ultimo tratto dell'ileo, mentre la parte mediana di questo tratto resta trattenuta in alto dal foglietto postero-inferiore del mesentere raccorciato. Quivi si costituisce allora un inginocchiamento, mentre in quel punto, coll'andar del tempo, il mesentere si ispessisce sempre più, si retrae e viene a formare una banda legamentosa della lunghezza di 3-5 centimetri, di colorito biancastro. Talvolta anche l'appendice stessa, inserita al foglietto posteriore del mesentere e passante dietro l'ileo, può provocare la ripiegatura in parola.

Le conseguenze di questa ripiegatura ileale sarebbero, secondo il Lane, molto considerevoli: stasi nell'ileo innanzi tutto, ed a seguito di questa, da un lato assorbimento di sostanze tossiche, dall'altro, per l'eccessivo peso della colonna liquida contenuta nel tenue, accentuazione dell'angolo duodeno-digiunale, ristagno cronico nel duodeno di chimo acido, facilità di produzione negli individui predisposti, di ulcere duodenali e financo gastriche. Queste conseguenze, per quanto confortate da alcuni AA. col contributo di casi clinici e di cifre statistiche, sembrano abbastanza esagerate ad un esame spassionato della questione.

(1) In S. Paulo il dott. Mauro fin dal 1910 pratica costantemente l'appendicostomia in casi di pericolite membranosa, e ne vanta ottimi risultati.

Io rammento un caso da me fatto operare colla diagnosi sospetta di ulcera duodenale; il prof. Bastianelli R., che eseguì l'operazione, non riscontrando l'ulcera in parola, volle controllare lo stato dell'appendice e riscontrò la presenza di un «Lane's kink». Ignoravo allora i lavori del Lane e rimasi molto male di ciò che ritenni sul momento un troppo banale errore di diagnosi. Oggi però ritengo che la sintomatologia di questi inginocchiamenti sia molto più varia di quanto non si legga e credo altresì che in alcuni casi la sintomatologia gastrica sia così preponderante da mentire una lesione ulcerosa.

La *sintomatologia clinica* del «Lane's kink» è, secondo noi, molto vaga e molto varia.

A volte essa si identifica maggiormente colla sintomatologia delle pericoliti, del ceco mobile e dell'appendicite cronica. Anche qui abbiamo allora *sintomi generali* per l'autointossicazione da stasi: cattivo stato generale, dispepsia, cefalea, abbassamento della pressione sanguigna, ecc. e *sintomi locali* consistenti per lo più in una dolenzia diffusa alla pressione in corrispondenza della fossa iliaca destra. Abbiamo visto nel capitolo precedente i sintomi differenziali a tal riguardo.

A volte invece preponderano i fatti a carico della parte alta del tubo digerente, ed allora possiamo avere dilatazione a monte, a livello del duodeno ed anche ectasia gastrica, a causa della stasi gastro-duodenale; in tali casi è frequente il vomito e notevole il grado della dispepsia.

In alcuni malati si hanno invece delle crisi dolorose che mentiscono — ed in fondo ne hanno un temporaneo substrato anatomico — una colica da occlusione intestinale. Di questi io ho avuto campo di osservare un esempio molto dimostrativo, con crisi intercorrenti di pseudo-occlusione intestinale; la malattia durava da circa un ventennio, ma purtroppo il malato non volle assoggettarsi ad un intervento operatorio.

La *diagnosi radiologica* si basa sulla constatazione della stasi, sulla sede, sul grado e sulla durata di essa, sulla localizzazione del dolore, ed infine sulla deformità dell'ansa ripiegata. Il Jordan specialmente si è occupato di queste ricerche radiologiche nell'Ospedale del Lane, colla profonda competenza che gli è propria.

Rispetto alla *terapia* essa è essenzialmente chirurgica e si riassume nella sezione del legamento che tiene stirata l'ansa inflessa.

N. B. — Il presente lavoro è pubblicato, contemporaneamente, nel *Jornal dos Clinicos* di Rio de Janeiro.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

Sullo stato attuale delle nostre conoscenze intorno alla etiologia dell' " Herpes Febrilis „ e " Genitalis. „

(Prof. A. FONTANA. *Minerva Medica*, n. 11-18, 1922).

L'A. riprendendo una serie di ricerche sperimentali sulla trasmissione del virus dell'*Herpes cornealis, febrilis e genitalis* conferma che nei conigli, che sono i più recettivi, con semine su scarificazioni corneali si provoca sempre *una cheratocongiuntivite erpetica:* per alcune qualità di Herpes, nel 13 % si hanno intensissime lesioni corneali ed *encefalite cheratogena* spesso mortale.

Con la *inoculazione subdurale* del virus herpetico si riproduce il quadro dell'encefalite cheratogena. Il virus del materiale encefalitico riproduce sulla cornea la cheratocongiuntivite erpetica.

L'inoculazione endovenosa del virus può provocare sia una sindrome encefalitica che cheratogena.

I conigli acquistano immunità prima locale, poi generale.

La *trasmissione sperimentale all'uomo* è possibile per autoinoculazione sulla cornea e per autoinoculazione o eteroinoculazione sulla cute. I passaggi da cute-uomo a cornea-coniglio e da questa a cute-uomo sono positivi. Il Fontana non ha tentato il passaggio sulla cute umana del virus dell'encefalite erpetica dei conigli.

Il virus erpetico si trova nelle bolle di Herpes, nella saliva di erpetici e nel liquido cefalo-rachidiano di erpetici anche se non hanno sintomi encefalitici. Il l. c. r. della encefalite epidemica non contiene virus erpetico.

Il virus è facilmente conservabile se misto ad elementi cellulari ed è filtrabile.

Le lesioni cheratocongiuntivali (non le encefalitiche) studiate istologicamente hanno rivelato la presenza di numerose *inclusioni nucleari* (*Clamidozoi strongiloplasmi* del *Lipschütz*) e costante *degenerazione cellulare globiforme* (Unna).

Il virus dell'*H. zoster* è affine a quello del *Febrilis*, ma molto più attenuato: non si inocula sulla pelle, non dà disturbi generali o encefalitici, non immunizza la cornea contro il *Febrilis*.

Il virus dell'*encefalite epidemica* con il *Febrilis* ha tali qualità comuni da doversi considerare della stessa natura; salve la maggio-

re virulenza e la maggiore elettività *neurotropa*.

Un *virus salivare cheratogeno* identico all'*erpetico* ed all'*encefalitico* esiste nell'80 % di persone sane: nel 15 %, oltre che virus salivari cheratogeni, si trovano *virus cherato-encefalitogeni* del tutto simili al virus di von Economo.

Dall'insieme di queste osservazioni si deduce che tutti questi virus sono della stessa natura, ma di virulenza diversa. Anzi il Levaditi ed Harvier ritengono che primitivamente si abbia un solo virus a tendenze epiteliotrope (*il cheratogeno salivare*) che acquistando maggior virulenza diventa obbligatoriamente epiteliotropo e facoltativamente neurotropo (*herpes*), o epiteliotropo e neurotropo insieme (*virus salivare cherato-encefalitogeno dei sani*) ed infine più neurotropo che epiteliotropo (*virus encefalitico*).

Il Levaditi, Harvier e Nicolau notano inoltre l'affinità di questi così detti *virus encefalitici* con quelli della poliomielite, della rabbia e del vaccino, e ne mettono in evidenza la comune elettività per i tessuti ectodermici.

PERSIA.

La sindrome endocrino - simpatica dell'area Celsi.

(LÉVY FRANCKEL e JUSTER. *Presse médicale*, 4 ottobre 1922, p. 855).

Max Joseph e Mibelli sezionando sugli animali la branca posteriore del 2° nervo cervicale, immediatamente dopo il ganglio, riprodussero nel territorio corrispondente delle alopecie simili all'area Celsi umana. Con tutto ciò, e malgrado la conferma sperimentale di Samuel e Grégoriantz, e i casi constatati di area Celsi consecutiva a traumatismi nervosi, la dottrina microbica aveva ancora il sopravvento.

Jacquet nel 1900 distrusse dalle fondamenta la teoria parassitaria dell'area Celsi e fondò la teoria neurotrofica. Nel 1913 Sabouraud dimostrò l'importanza dei disturbi della funzione ovarica nella genesi di questa dermatosi e insistè sull'evoluzione parallela delle chiazze di area Celsi e dei fenomeni tiroidei-vascolari del morbo di Flajani. Già Levi (Leopoldo) aveva segnalato nell'insufficienza tiroidea la caduta dei capelli e delle sopracciglia e Du Castel aveva notato la frequenza dell'alopecia a chiazze nei basedowiani.

Tutti questi fatti restarono però oscuri fino a quando i neurologi non dimostrarono l'esistenza degl'intimi rapporti fra il gran simpatico e le glandole endocrine, il che ha indotto gli AA. a riprendere lo studio della fisiologia patologica dell'area Celsi.

Nulla essi hanno da aggiungere a ciò che Jacquet chiama « l'atmosfera generale dell'area Celsi ». Quasi sempre si tratta di soggetti emotivi, con modificazioni nello stato generale, recenti o lontane. Spesso delle crisi pruriginose precedono o seguono l'apparire dell'alopecia.

Non di rado hanno trovato disturbi nella secrezione delle glandole endocrine: distiroidismo, ipotiroidismo, più spesso ipertiroidismo (basedowismo frusto). I disturbi della funzione ovarica si riscontrano quasi costantemente: disturbi nella funzione mestruale, obesità etc. coesistenti o no con le perturbazioni tiroidee.

Nell'uomo non è rara la frigidità il cui inizio può precedere di qualche settimana quella dell'alopecia. In tre soggetti gli AA. constatavano disturbi ipofisari. In quanto alla glandola surrenale hanno osservato in un uomo, affetto da acanthosis nigricans, alopecia delle sopracciglia e delle membra inferiori. È noto peraltro che le alterazioni delle capsule surrenali danno luogo piuttosto alla ipertricosi.

Alterazioni nella funzione del simpatico sono pressochè costanti nei malati di area Celsi. Disturbi vaso-motori, modificazioni del riflesso oculo-cardiaco, pilo-motore e vaso-facciale sono stati sempre riscontrati nei soggetti studiati dagli AA., in grado più o meno elevato, a seconda della gravità dell'affezione cutanea e delle cure antecedentemente sperimentate. Quasi sempre furono osservate alterazioni della tonicità cutanea (ipotonia con disturbi secretori locali ed atrofia dermica, edema grasso sottodermico di Sabouraud, ecc.).

Tutte queste modificazioni dei tegumenti, della funzione sudoripara e vaso-motrice, dei riflessi sono d'altra parte simili a quelle che esistono nelle lesioni nervose. Esse erano state già segnalate fin dal 1875 dal Vulpian in seguito a lesioni dei nervi, sono state recentemente riscontrate (compresa l'area Celsi) nelle lesioni dei nervi per ferite di guerra e Villaret le riannoda senz'altro alla degenerazione delle fibre del simpatico (ipotricosi con ipoidrosi).

L'insieme di tutti questi fatti permette di concludere che l'area Celsi è dovuta alla « siderazione », per usare l'espressione degli AA., delle fibre simpatiche pilari in dipendenza di lesioni del sistema endocrino simpatico. I risultati terapeutici ottenuti sia con l'opoterapia endocrinica, sia con l'applicazione di correnti galvaniche o con la radioterapia sul corpo tiroideo, confermerebbero queste vedute e saranno oggetto di un lavoro ulteriore.

V. MONTESANO.

Biologia solare ed elioterapia dermatologica.

(M. QUATTRINI. Pavia, Tip. Mutilati ed Invalidi di Guerra, 1922).

È un libro interessante anche per la novità dell'argomento trattato.

L'A. dopo aver accennato all'uso dell'elioterapia nei tempi più remoti ne dice l'importanza oggi assunta. Alcune nozioni di ottica fisica precedono lo studio sull'azione biologica delle varie radiazioni dello spettro prese singolarmente e specialmente di quelle poste alle due estremità dello spettro stesso (infra rosso, ultravioletto); segue una vasta trattazione sull'azione biologica delle radiazioni solari da prima sugli organismi più semplici e specialmente sui vegetali dotati o meno di clorofilla e sui batteri, poi sugli organismi più complessi quali gli animali e l'uomo.

Molteplice è l'azione della luce solare sugli organismi, azione eminentemente benefica sia psichicamente che biologicamente e di massima importanza è l'azione dello stimolo eliobiologico sulla funzione termica e circolatoria. Data la grande incertezza che pervade gli studi eliobiologici che riguardano quest'ultima funzione, l'A. ha eseguito ricerche sulla pressione arteriosa, frequenza del polso, temperatura del corpo in numerosi piccoli ammalati ricoverati nell'ospizio marino provinciale Pavese di Bussana.

Nelle ricerche sullà pressione ha usato l'apparecchio sfigmomanometrico Riva-Rocci, come metodo ha seguito quello ascoltatorio del russo Korotkow, che utilizza le oscillazioni della parete arteriosa non a livello del manicotto, ma più sotto; ha tenuto speciale conto della pressione minima, poco apprezzata al suo giusto valore sino ad oggi, per avere un concetto meno errato della velocità del circolo sanguigno e della potenza miocardica, contribuendo così a completare il quadro dell'azione solare ed a spiegarne alcune apparenti contraddizioni. Negli esami eseguiti sui piccoli infermi a diversi intervalli di tempo, partendo da un minimo di 20 minuti primi ad un massimo di ore 4.30 di esposizione ininterrotta, l'A. ha tenuto ben calcolo delle condizioni atmosferiche che possono avere una notevole influenza sulle funzioni organiche. I risultati ottenuti sono che dopo 20 m.' la pressione Mx. è aumentata con una media di millimetri 4, la Mn. è invariata ed il polso si fa brevemente bradicardico; solo verso i 30 m. la Mn. risente dell'azione solare e si eleva con una media di mm. 6.6. Le due pressioni poco variano nei rimanenti 30 m.', poi la Mx. si abbassa sin quasi al punto di partenza e la Mn. normalmente arriva al di sotto del punto di partenza per qualche mm. Il polso invece accelera sino a raggiungere la velocità iniziale. Questi reperti permangono per tutta la 2ª ora meno che per la pressione Mx. che nel 25 % dei casi sale raggiungendo la maggiore quota (+ 9). Nella 3ª ora la Mn. è salita nuovamente anch'essa con una media di mm. 7.2 ed il polso ha aumentato la sua frequenza. Da questo momento non si notano modificazioni notevoli sino al termine del massimo periodo di insolazione a cui sono assoggettati gli infermi. In quanto alle variazioni della temperatura del corpo umano sottoposto all'azione dei raggi solari l'A. ha notato che sin dai primi 20 m.' l'ascesa è costante e si generalizza al 90 % dei casi. Verso i 100 m.' la temperatura è tornata al suo grado di partenza per poi salire nuovamente così da raggiungere alla fine dell'insolazione i 9 decimi sopra la media normale. Concludendo dunque nella prima ora si ha aumento della pressione Mx. e Mn., e della temperatura, solamente il polso si fa bradicardico; durante la 2ª ora tutte le funzioni hanno un periodo di rallentata attività che alla 3ª ora riprende raggiungendo le maggiori cifre di tutto il periodo d'insolazione.

Trattata così l'azione della luce solare in generale passa l'A. a considerarla nei suoi effetti particolari e specialmente sulla cute, dilungandosi sopra un argomento di grande attualità quale è la formazione del pigmento, espone una serie di interessanti esperienze colle quali ne studia la genesi e la funzione.

In un susseguente capitolo è trattata la patologia solare e precisamente l'azione che la luce solare ha sulla genesi di alcune entità nosologiche la cui etiologia è assai oscura e specialmente studiati sono i rapporti della luce solare coll'hydroa vacciniforme per l'insorgenza della quale però è anche necessaria una emato-porfirinuria, colla pellagra o meglio l'eritema pellagroso che dipenderebbe da sostanze fotosensibilizzatrici contenute nel granoturco, colla sudamina ed infine con altre dermatosi ad andamento più grave quali lo xeroderma pigmentoso e la cheratosi senile precancerosa.

L'A. ricorda poi come l'elioterapia dermatologica sia quasi sinonimo di cura tubercolare e si augura per lo avvenire che le onde solari abbiano a prendere nella terapia cutanea una estensione adeguata alla loro grande importanza, accenna ad alcuni concetti generali sulla tecnica elioterapica e come si sia ricorsi alla luce concentrata per mezzo di lenti, assai utile in certi casi (ulcerazioni torpide, ecc.),

in cui si voglia distruggere un tessuto. Da questo concetto Finsen, sopprimendo da prima nel raggio solare, a mezzo di filtri, le radiazioni infra rosse, rosse, aranciate e gialle, è giunto alla sostituzione della luce solare colla luce artificiale dell'arco elettrico perchè ricca di radiazioni ultraviolette.

Infine l'A. termina il suo studio riportando i risultati ottenuti colla elioterapia nella cura di molte malattie cutanee dalla *pityriasis versicolor* alle forme eczematoidi; dalle prodermitinti primitive alla tubercolosi della cute nelle sue varie forme (lupus volgare, tubercolosi verrucosa, scrofulodermi, tuberculoidi) dalla lebbra all'acne volgare, all'area Celsi, all'ittiosi.

R.

Il solfo nella terapia dermatologica esterna.

(R. SABOURAUD. *La Presse Médicale*, 20 dicembre 1922).

Benchè della maggior parte dei medicamenti che si usano correntemente non si sappia come agiscano, fortunatamente però, malgrado questa enorme lacuna nelle nostre cognizioni, ci è possibile applicare, sia pure in modo empirico una terapia sommamente efficace. Certo se si conoscesse per mezzo di quali modificazioni molecolari un medicamento è assimilato ed utilizzato si potrebbe fornirlo all'organismo sotto la forma più utile, più assimilabile e di conseguenza più adatta a guarire.

Da questo punto di vista l'A. si occupa della utilizzazione del solfo in terapeutica e più specialmente del solfo come medicamento esterno nelle malattie cutanee.

Una delle azioni più sicuramente provate del solfo è quella parassiticida: è poco probabile però che esso agisca direttamente, ma non ci è dato conoscere quali mutazioni debba subire per essere efficace; l'enorme numero di casi di scabbia guariti dal solfo prova l'efficacia di una terapia sia pure empirica. Certamente però se si trovassero dei derivati organici del solfo più attivi e nello stesso tempo meno nocivi per la pelle, si potrebbe modificare la nostra terapia assicurando più facilmente la guarigione della scabbia senza rischiare gli accidenti anafilattici o idiosincrasici che qualche volta si determinano sensa prevederli.

Stabilito così un primo punto, ossia che il solfo agisce in alcune affezioni come parassiticida, l'A. esamina il gruppo di malattie cutanee, all'infuori della scabbia, nelle quali tale sostanza agisce efficacemente per vedere se in questo gruppo di dermatosi non esista un carattere comune che ci possa far prevedere, per esso solo, che l'applicazione del solfo abbia molte probabilità di riuscire utile.

È di dominio popolare l'efficacia del solfo nell'acne come medicamento esterno: E. Vidal parlando della cura della sicosi del labbro diceva: « Da quando ho applicata la lozione solforosa alle sicosi del labbro non ho più bisogno di ricorrere alla epilazione ». Ciò è forse iperbolico, ma certamente la lozione solforosa è uno dei migliori topici contro la sicosi. Lo stesso dicasi per la sicosi del cuojo capelluto e con lo stesso profitto si applica il solfo per le foruncolosi regionali, per le così dette idrosadeniti delle ascelle. Anche nell'acne necrotica, affezione peripilare, recidivante, difficile a guarire, non sempre si avranno dal solfo risultati costanti e perfetti, ma quale medicamento si ha migliore di esso?

Il solfo è certamente quanto di meglio si possa opporre alla seborrea ed alla conseguente alopecia: la seborrea vera è un'affezione differente dalle precedenti inquantochè non presenta mai elementi propriamente infiammatori e non consiste che in una suffusione di grasso parossistica e permanente.

Anche nella pseudo-alopecia di Brocq se vi è qualcosa che possa riuscire utile è certamente l'applicazione del solfo a permanenza e così si potrebbero moltiplicare gli esempi. Che cosa hanno di comune queste disparate affezioni? Non la causa etiologica, che per alcune è sconosciuta, per altre è bacillare e per altre ancora stafilococcica: ad eccezione però della scabbia, nella quale il solfo agisce nettamente come parassiticida, tutte queste affezioni hanno in comune la localizzazione, tutte hanno il follicolo pilifero per centro di evoluzione.

Concludendo dunque tutte le malattie cutanee che hanno per centro e per sede anatomica il follicolo pilifero riconoscono nel solfo il loro medicamento di elezione; esso è il medicamento del follicolo pilo-sebaceo egualmente utile sia in polvere:

solfo precipitato
ossido di zinco
talco veneto ana

che in lozione:

alcool canforato
alcool di cedro
solfo precipitato
glicerina neutra ana gr. 10
acqua distillata cmc. 100

o in pomata:

etiope minerale . . gr. 1
ittiolo . . . . . » 2
solfo precipitato . . » 3
vaselina . . . . . » 30

ed ancor più nella seborrea oleosa del cuoio capelluto disciolto nel solfuro di carbonio:

solfuro di carbonio puro cmc. 300
solfo ottaedrico . . . . . gr. 9

Quest'ultimo preparato, benchè terribilmente doloroso, di pessimo odore ed infiammabile, è per la sua azione talmente superiore agli altri che i malati ne richiedono spontaneamente l'uso.

Sapere che ogni affezione peripilare e follicolare ritrarrà beneficio dal solfo sotto ogni forma è certamente assai utile in pratica ma, ciò nonostante, è poca cosa e perciò l'A. affida alla nuova generazione medica lo studio delle diverse forme del solfo, la varietà dei loro effetti terapeutici, ma sopratutto il loro meccanismo di azione: sarebbe certamente di grande interesse conoscere le trasformazioni che la pelle fa subire al solfo depositato su di essa perchè, sapendo sotto quale forma questo corpo sia attivo e come agisca, sarebbe possibile sostituire al solfo quasi inerte dei prodotti solforosi variabili ed appropriati ad agire in ogni caso, che avrebbero perciò non poche probabilità di essere più rapidamente e meglio assorbiti e più attivi.

Tra i medicamenti dermatologici da studiare il solfo occupa dunque uno dei primi posti per l'abbondanza e la fecondità dei risultati che il suo studio può fornirci.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

O. CIGNOZZI. *La grossa milza malarica e le sue complicazioni. Studio clinico operativo.* Volume di circa 90 pagine. — Roma. Edit. Luigi Pozzi. — Prezzo L. 12.50.

L'A., in questo lavoro monografico, espone i criteri della valutazione della grossa milza malarica ed esegue una minuta disamina se la splenomeglia palustre in sede normale sia da trattarsi in clinica medica o chirurgica.

In base agli studi di patologia, d'anatomia patologica e di fisiologia della milza l'A. dimostra in questi casi l'efficacia ed il vantaggio della cura medica, dopo di avere passato in rassegna i lavori di chirurgia più importanti sulla splenomegalia malarica. Traccia l'anatomia della milza malarica, la morfologia, i rapporti legamentosi e di sospensione e cogli organi adiacenti; da cui si vede come esistevano due tipi di grosse milze, quelle fisse per perisplenite adesiva e quelle distopiche molli per insufficienza di sospensione.

Tratteggiato il quadro anatomo-patologico ed etiopatogenetico della grossa milza malarica, passa a raggruppare le varie e più frequenti complicazioni, a cui esso può andare incontro: e così l'A. le compendia.

1. Lesioni violente con un meccanismo d'azione, *a*) di rottura spontanea patologica; *b*) da traumi contusivi diretti; *c*) per ferite penetranti.

2. Processi flogistici acuti che si riassumono in: *a*) ascessi della milza; *b*) ascessi perisplenici e subfrenici.

3. Cisti parassitarie, date dall'echinococco.

4. Grossa milza malarica cronica ectopica.

5. Ectopia in milza malarica cronica latente.

6. Infarto splenico e cisti ematiche in milza malarica ectopica.

7. Necrosi splenica in organo ectopico con torsione acuta del peduncolo.

8. Ectopia con torsione subacuta del peduncolo.

9. Torsione cronica del picciolo in milza ectopica.

L'A. per ognuno di queste 9 complicazioni, a cui egli porta un contributo personale con un complessivo numero di 17 casi, di cui 15 operati riassunti in quadro sinottico, fa uno studio abbastanza esteso dal punto di vista etiopatogenetico, dell'anatomia patologica, della sintomatologia, della diagnosi, del prognostico e del trattamento. A questa esposizione lunga delle complicazioni seguono i dati dei risultati a distanza della splenectomia nella grossa milza malarica nei riguardi delle condizioni generali, dell'esame emocitologico, della resistenza di fronte alle infezioni, ed alle recidive malariche.

Viene poi a parlare in modo sobrio del nesso fra interventi sulla milza e recidive malariche.

A. P.

TH. MARTEL; ED. ANTOINE. *Les fausses appendicites.* Étude clinique, radiologique et thérapeutique. Un vol. in-16° di 184 pag. con 29 fig. e 10 tavole. Masson et C. ed. Parigi 1922. Prezzo, fr. 10.

Secondo una gran parte dei medici e chirurghi, l'appendicite cronica assomma in sè tutta la patologia della fossa iliaca destra e del fianco destro; e molti davanti all'esistenza di un punto doloroso nella regione di Mac Burney concomitante a disturbi gastro-intestinali non

esitano a porre la diagnosi di appendicite cronica e ad inviare l'ammalato al chirurgo. Spesso però, secondo alcuni fino nel 40 % dei casi. i disturbi non cessano dopo l'ablazione dell'appendice, e si deve cercarne altrove la causa. Il compito non è facile ed esige larghezza di indagini ed acume di diagnosi.

Sotto tale punto di vista è stato condotto ed ideato il lavoro degli AA., che espone chiaramente il problema; questo viene studiato dal lato clinico, radiologico e sopratutto diagnostico. Da ultimo la terapia, medica e chirurgica, con indicazioni pratiche sull'atto operatorio e sugli interventi restauratori.

fil.

ERNESTO FRANK. *Tubercolosi genitale nell'uomo.* (Monografia estratta dal trattato sulla Tubercolosi edito dal Barth di Lipsia. Tomo IV).

L'A. ha studiato sistematicamente le singole localizzazioni della tubercolosi nelle vie urinarie inferiori oltre che nei genitali.

Un grande e bel capitolo è destinato all'anatomia patologica, illustrato da belle tavole originali. I modi di propagazione del processo sono accuratamente vagliati anche attraverso il pensiero dei vari autori: numerose sono le statistiche riportate, ma purtroppo nessuna delle nostre vi fa figura, sebbene al Frank siano perfettamente noti i nostri più grandi chirurghi.

La prognosi e la terapia operativa sono ampiamente trattate; e anche qui nessun cenno è fatto di quella brillante cura conservatrice con le iniezioni locali di jodio, il cui gran merito spetta al nostro maestro Durante.

La monografia oltre a essere di interessante lettura è veramente pregevole per gli specialisti.

A. CASSUTO.

G. CARISI. *La chirurgia della ipertrofia prostatica.* Treviso, Arti grafiche, pag. 162.

Dedicato al Maestro — Davide Giordano — la pubblicazione del Carisi procede piana e racchiusa in periodi brevi e concisi. Della ipertrofia prostatica è discusso ogni particolare, dalla definizione alla cura, non tralasciando di alcun punto nessuna notizia antica o recente. In armonia con lo scopo — definito un contributo operativo — è stato dato invece il massimo viluppo alla parte riguardante i mezzi curativi dei quali non figura solo un arido elenco di interventi più o meno felici, ma è detto di ognuno i pregi, i difetti, i risultati. Nè le deduzioni peccano di qualsiasi corrività, poichè sono sorrette e giustificate dall'esito di ben 150 casi proprii.

Una ricchissima letteratura di ogni paese sull'argomento chiude l'interessante lavoro.

ERM. MINGAZZINI.

P. CIFUENTES. *Il metodo operatorio di derivazione delle urine.* S. Calleja, edit., Madrid.

Un riassunto storico precede la trattazione dell'argomento.

L'A., che è il valente segretario della Società d'Urologia di Madrid, viene poi a parlare singolarmente dei vari metodi di derivazione: uretrale, vescicale, ureterale e renale. Ciascun metodo è preceduto dalle indicazioni operatorie che ad esso si convengono, con criterio rigorosamente esatto. I tempi dell'operazione sono descritti con stile chiaro e stringato.

Il libro è aggiornato delle varie questioni sull'argomento.

Un indice bibliografico completa questa interessante monografia.

A. CASSUTO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 gennaio 1923.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Osservazioni sull'uso della Strofantina.

Prof. GIULIO GALLI. — L'O. riferisce di una inferma affetta da vizio doppio mitralico, con fibrillazione auricolare, già per 3 volte scompensata e trattata con la digitale, alla quale, durante l'ultimo scompenso, non riuscendo più efficace la cura digitalica e diuretica, iniettò per via endovenosa prima 1/2 milligr., poi 3/4 di milligrammo di strofantina con mediocre risultato. La 3ª iniezione di 1 milligrammo di strofantina fu seguita, a breve distanza, dalla morte improvvisa. All'autopsia si trovarono organi da stasi, col reperto in un vizio composto della mitrale con voluminoso trombo dell'orecchietta s.

Riferisce sommariamente di altri 4 casi appartenenti a colleghi degli Ospedali e delle Cliniche, nei quali si ebbero ugualmente esiti letali.

L'O. ritiene che tali sfavorevoli risultati, non dipendano dalla tossicità maggiore o minore dei preparati usati, o dalla posologia, ma dal fatto che, mancando generalmente criteri sicuri per giudicare della disponibilità di energie di riserva del miocardio, la somministrazione per via endovenosa, di un potente cardiocinetico, quale la strofantina, esaurisca l'energia cardiaca conducendo al collasso improvviso.

L'O. ritiene che sia consigliabile la maggiore

prudenza nell'uso endovenoso della strofantina che non può essere incoraggiato nella pratica corrente.

Il prof. Arcangeli prende la parola per dire che nella sua lunga esperienza in proposito, non ha che da ricordare dei successi, usando il rimedio in ogni sorta di scompenso in dosi variabili da 1/2 mgr. fino ad 1 mgr. Egli pensa che talora alla coincidenza si deve attribuire quel che può sembrare effetto immediato del medicamento, e che non si può rinunziare ad un rimedio tanto prezioso per qualche caso disgraziato di dubbia interpretazione.

Il prof. Mingazzini richiama l'attenzione dell'Accademia sull'uso e l'abuso delle iniezioni come mezzo di somministrazione dei medicamenti.

Usura di un'ansa intestinale aderente alla cicatrice cesarea per effetto dell'azione distruente dei villi coriali. — Enterorragia sintomatica.

Prof. S. Marinacci. — L'O. illustra un caso clinico riferentesi ad una giovane donna incinta al IV mese, che due anni prima aveva partorito mediante taglio cesareo, ricoverata al Policlinico con lievi rialzi termici ed enterorragie piuttosto abbondanti. Pochi giorni dopo l'ingresso in Ospedale, l'inferma fu colta all'improvviso da intensi dolori addominali e singhiozzo, non vomito. L'inferma era in preda a stato ansioso, agitazione; presentava lineamenti stirati, anemia accentuata, polso 120. All'esame dell'addome si rilevava: le anse intestinali in preda a viva peristalsi; l'utero gravido contratto spasmodicamente, dolentissimo alla palpazione, iperestesia cutanea in corrispondenza di esso. Fatta diagnosi di occlusione intestinale incompleta e probabile rottura dell'utero l'O. passò all'intervento chirurgico e trovò: notevole versamento ematico nel peritoneo, una vasta rottura che interessava il fondo dell'utero, e un'ansa intestinale aderente alla metà sinistra del fondo e potè constatare che una parte della parete intestinale mancava, quella cioè a contatto con i villi che dopo aver usurato la cicatrice cesarea, avevano usurata quella porzione della parete intestinale aderente ad essa. Ciò rendeva chiara la causa dell'enterorragia. Al distacco dell'ansa fece seguire un'enterorrafia e poi l'isterectomia sub-totale per assicurare definitivamente l'emostasi e impedire ulteriori gravidanze. Dopo un mese l'inferma fu dimessa completamente guarita.

Dato l'interesse del caso, unico nella letteratura, l'O. ha creduto illustrarlo. Esso, oltre a dimostrare il potere invadente distruente dei villi coriali, che nel suo caso non solo interessava la cicatrice cesarea, osservazione già fatta da altri, ma interessava anche la parete di un'ansa intestinale ad essa aderente, costituisce l'argomento più valido che autorizza ad abbandonare definitivamente il taglio cesareo sul fondo, preferendo il taglio transperitoneale nel segmento inferiore.

Il prof. Pestalozza, cogliendo occasione dal caso esposto, parla brevemente dei metodi da seguire nel taglio cesareo.

Modificazioni della pressione e della morfologia del sangue in un caso di endocardite da «Streptococcus viridans».

Prof. M. Ghiron. — L'O. riferisce su di un caso di endocardite da S. V., che fu degente nella Clinica Medica.

Fa rilevare l'interesse di esso: 1) per le notevoli differenze di pressione fra metà destra e sinistra, fra braccio e gamba dello stesso lato, e per le oscillazioni giornaliere di pressione; 2) per la presenza nel sangue circolante di un numero considerevole di elementi anomali che studiati in numerosi preparati dimostrano la loro somiglianza con gli *istiociti* e coi *monociti*.

Il loro numero è variabile a seconda del luogo di presa del sangue. L'esame istologico del caso ha dimostrato la loro provenienza prevalente dagli endoteli delle piccole arterie e capillari.

Poichè la discussione sull'origine dei monociti è ancora aperta, l'esame del caso costituisce un contributo clinico, che in armonia alle ricerche sperimentali, tende a costituire dei monociti un terzo gruppo di elementi circolanti provenienti dal tessuto reticolo endoteliale.

Su proposta del prof. Dionisi la discussione e la dimostrazione riguardanti la comunicazione del dott. Ghiron viene rimandata alla seduta successiva.

E. Grossi.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

La tubercolosi insospettata dei genitali femminili nei suoi rapporti colla sterilità (con presentazione di preparati anatomici e microscopici).

E. Alfieri. — L'O. richiama in modo speciale l'attenzione sul pericolo, già messo in evidenza dal Resinelli, dal Zanfrognini, dal Graefenberg e dal Pestalozza, ma non sufficientemente noto al pubblico medico, che interventi agressivi diretti alla cura della dismenorrea e della sterilità possano ridestare focolai latenti di tubercolosi genitale; ed espone ed illustra in modo particolare alcuni casi clinici, capitati alla sua osservazione nel corso della sua lunga pratica clinica e professionale.

Riferisce così un caso di intervento mediante dilatazione e discissione cervicale con applicazione di tubetto endouterino, per trattamento della sterilità primaria in una giovane donna ben portante, nella quale seguì ad otto giorni di distanza l'esplodere di una ovarosalpingite bilaterale con pelviperitonite, che l'andamento ulteriore dimostrò di sicura origine tubercolare, e che, ribelle ad ogni cura, dopo alternative di miglioramenti e di riacutizzazioni, portò a morte la donna nello spazio di circa due anni.

Ricorda un altro caso, nel quale pure il raschiamento seguito dall'applicazione di un tubetto endouterino, praticato da altro sanitario, determinò la riaccensione di una intensa e ribelle salpingite bilaterale con pelviperitonite tubercolare, per cui egli stesso dovette poi praticare la demolizio-

ne degli annessi e dell'utero, per far cessare il quotidiano rialzo febbrile e ridare alla donna la salute.

Infine illustra un caso clinico recente, di una giovane donna, fiorente di salute e senza alcuna alternazione generale anche solo sospetta, ricoverata nella Clinica per sterilità da retroversione uterina congenita, incontenibile con pessario. Per tale indicazione l'O. si era accinto ad eseguire l'accorciamento endoperitoneale dei legamenti rotondi, dopo avere, seduta stante, praticata la dilatazione cervicale cogli Hegar e l'applicazione di due sottili asticelle di laminaria; ma quale fu la sua sorpresa nel rilevare, ad addome aperto, una tipica salpingite moniliforme (a rosario) di natura tubercolare, come hanno confermato anche i preparati microscopici che presenta. Dovette per ciò procedere alla salpingectomia totale bilaterale, seguita dall'accorciamento dei legamenti rotondi alla Menge-Stolz.

Conclude:

1) ogni caso di oligo-dismenorrea e di sterilità primaria deve essere sospetto di tubercolosi;

2) non si deve mai in tali casi intraprendere un trattamento operativo locale, quando la cutireazione alla tubercolina (che dovrà sempre essere eseguita in precedenza e con sede di elezione ai quadranti inferiori dell'addome), abbia dato esito decisamente positivo.

Casistica di sterilizzazione tubarica temporanea con metodo personale.

E. Alfieri. — L'O. illustra tre casi da lui operati di sterilizzazione tubarica temporanea, secondo il metodo da lui proposto nel 1918 e pubblicato negli «Annali di Ostetricia e Ginecologia» di quell'anno.

Il controllo clinico dei tre casi operati ha confermato, per quanto riguarda le modalità di sua esecuzione, quella speditezza e facilità, che già aveva dimostrato l'esperimento sul cadavere. Ed ha permesso ancora di constatare mediante l'osservazione continuata di uno dei casi operati per oltre un anno e mezzo, che nessun postumo degno di rilievo è a temere nel decorso ulteriore, quando si abbia cura di evitare alle trombe, allontanate dalla loro sede fisiologica, flessioni troppo brusche o strozzamenti lungo il loro decorso, e manovre complicate e traumatizzanti.

Grosso fibroma cistico a sviluppo sottoperitoneale (contributo allo studio dei fibromi della muscolatura estrinseca).

E. Brugnatelli. — L'O. trae occasione da un caso da lui operato nella Clinica Ostetrico-Ginecologica di Genova per esporre alcune considerazioni le quali lo hanno portato ad interpretare il grosso fibroma in parte cistico, come un tumore della muscolatura estrinseca dell'utero sviluppato a carico della lamina fibro-muscolare del peritoneo utero-vescicale, sede non ricordata nelle comuni classificazioni dei tumori desmoidi della muscolatura estrinseca. Il tumore infine si presta ad essere ascritto al gruppo dei fibromi istmici, sui quali l'O. riporta alcune considerazioni di indole clinica, specialmente in merito al loro trattamento.

Ancora a proposito della ricerca rapida del bismuto nelle orine.

D. Ganassini. — L'O. rispondendo alla critica fatta dal Dezani al suo metodo, rileva come quello dell'Aubry non abbia alcun valore, potendosi con esso trovare presente nelle orine il bismuto che non c'è e talvolta perderlo se presente. A riguardo poi del nuovo metodo che il Dezani ha proposto e che doveva essere superiore a quello dell'O. per sicurezza e sensibilità, dimostra come la reazione su cui il metodo stesso si basa, ossia la colorazione gialla che le soluzioni cloridriche dei sali di bismuto dànno con ioduro di potassio, non sia per niente caratteristica e ci sia quindi il pericolo di trovare il bismuto assente. Dunque il metodo Dezani, non è destinato, come egli desiderava, a sostituire quello dell'O., perchè alla sensibilità delle prove non unisce altrettanta sicurezza nei risultati, come il metodo dell'O., che è basato sopra reazioni assolutamente specifiche.

Sul citrobismutato di sodio.

Dott. Ganassini. — L'O. ricorda come il Fabrégue si sia occupato di preparare un citrobismutato di ammonio e di sodio, riuscendo soltanto a preparare una soluzione stabile del primo sale, ma non del secondo.

L'O. riprende lo studio dell'argomento e dopo aver superate non poche difficoltà riesce finalmente a preparare una soluzione stabile di un citrobismutato di sodio, che nella cura della sifilide diede ottimi risultati. L'O. si occupa dello studio chimico di questo nuovo sale che ritiene costituito dal citrato di un ione complesso del bismuto.

L'O., dopo aver parlato delle reazioni chimiche che presenta questo sale, ne mette in evidenza la minima tossicità e la perfetta tolleranza unita ad una energica azione spirillicida.

Dott. Francesco Ricci.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA.

Albuminuria in gravidanza.

A. Bourne (*Practitioner*, settembre 1922) fa una breve rassegna delle varie forme della tossiemia gravidica. È incognita la natura e la sorgente delle tossine. Secondo Leithe Murray le tossine avrebbero qualche affinità con le nucleoproteine del veleno dei serpenti. Un sintomo quasi costante è l'albuminuria, più o meno intensa: molto frequente è pure l'ipertensione. La prognosi è spesso incerta, e la terapia spesso impotente. L'A. distingue:

1) *Un tipo renale*: rassomiglia a una nefrite subacuta, talora con disturbi visivi, ma scarso reperto oftalmoscopico. È frequente, e può in poche ore aggravarsi al punto da dare anuria e condurre a rapida morte.

2) *Tipo cerebrale*. Per lo più in travaglio, ma talora soltanto dopo il parto, sorgono accessi convulsivi, seguiti da coma. Nella storia può mancare ogni disturbo, salvo una lieve e non costante albuminuria. La prognosi dei casi con due o tre accessi in travaglio è generalmente buona.

3) *Tipo gastrico*. A gravidanza inoltrata insorgono vomiti incoercibili, con dolore epigastrico, senza edemi; la tensione arteriosa è bassa, di solito. L'albuminuria appare tardi. Il vomito può contenere notevoli quantità di sangue; probabilmente è di origine epatica, poichè nei casi mortali si trova una degenerazione grassa del fegato.

4) *Tipo epatico*. Si presenta col quadro di un ittero grave, con polso debole e frequente, e coma; l'ottusità epatica è ridotta. Inizia con vomito persistente, talora ematico, con temperatura normale, lieve albuminuria, talora ipotensione; dopo il parto suole presentarsi l'ittero, l'irrequietezza, e poi il coma.

5) *Tipo uterino*. L'A. vi comprende le emorragie in placenta normalmente inserta, per necrosi della parete uterina. Vi è albuminuria, oliguria, spesso convulsioni.

Vi sono poi altri tipi meno chiari: l'A. ricorda che talora si presentano disturbi mentali, o un'insufficienza cardiaca acuta.

Nel 30 % delle gravide vi è albuminuria, ma per lo più solo in travaglio. Nel 2 % circa delle albuminuriche si manifestano sintomi tossiemici, che sono (metà dei casi) forme eclamptiche. Quindi la semplice albuminuria non ha importanza, ma ne acquista se si manifestano edemi, cefalea, vomiti, ipertensione, disturbi visivi; questi sintomi possono affacciarsi molto rapidamente. Probabilmente la ipertensione è un importante segno premonitorio.

Nella tossiemia vi è una netta acidosi, dimostrata dalla forte tolleranza pel bicarbonato sodico prima che le urine diventino alcaline: la tolleranza è assai minore nella nefrite. Nella tossiemia il fondo oculare mostra solo un edema e piccole emorragie, nella nefrite alterazioni più gravi. I sintomi scompaiono molto più rapidamente nella tossiemia che nella nefrite, ma questo segno serve solo ad una diagnosi postuma. Gravi alterazioni cardiovascolari depongono per una nefrite.

Quanto alla prognosi, essa è resa più oscura dall'eclampsia, dall'oliguria, da disturbi mentali, dall'ipertensione. Durante gli accessi eclamptici è da temere l'emorragia cerebrale, la cardiectasia acuta, l'edema polmonare. L'ittero è sempre di prognosi infausta. La cefalea, l'edema, il tasso di albumina non hanno grande importanza prognostica, salvo forse nel caso che si presentino improvvisamente. Salvo che nelle forme gastriche ed epatiche, il grado d'ipertensione serve meglio alla prognosi che il tasso di albumina. Nel 10 % dei casi la tensione arteriosa è intorno a 130, e qualche caso letale non ha superato 140; ma la massima parte dei casi infausti aveva oltre 190. Il vomito incoercibile, in gravidanza inoltrata è di cattivo augurio e indica il rapido vuotamento dell'utero; così pure lo indica un reperto oftalmoscopico di nefrite cronica.

È buona regola vuotare l'utero, senza attendere la 38° settimana onde poter avere un feto vitale, se dopo 4 giorni di digiuno e di trattamento disintossicante non si ha un miglioramento, se qualche sintoma grave è molto spiccato o è insorto improvvisamente, se vi è anche il semplice dubbio di una nefrite cronica.

Dopo il vuotamento dell'utero l'ipertensione si mantiene per una quindicina di giorni.

DORIA.

Erratum. — Nella notizia bibliografica del sen. Grassi pubblicata sul fasc. 12, alla p. 380, righe 30 e 32, leggere: ora nel Brasile, piccole mende.

Vaccino-terapia delle annessiti.

G. Gotte et J. Creyssel (*Lyon Chir.*, gennaio-febbraio 1922) notano come siano scarsi nella letteratura i casi di cura delle annessiti con la vaccino-terapia. Essi da 6 mesi hanno esperimentato nella Clinica del prof. Pollosson la vaccino-terapia nelle annessiti acute. Hanno adoperato il «Propidon» di Delbet, l'«Immunizols» e l'«Ecratol» e quasi tutte le iniezioni sono state praticate nel sottocutaneo della coscia. La reazione locale è per lo più scarsa; come reazione generale si hanno elevazioni termiche a 39°7-40° ma sempre effimere nel maggior numero delle ammalate.

Le ammalate sottoposte a cura sono state oltre una trentina; ma gli AA. trattano solo delle prime 25. Di queste non tutte hanno lo stesso interesse per giudicare del valore del metodo perchè alcune hanno fatto solo una o due iniezioni alle quali è seguito l'intervento chirurgico sia perchè non si sono ritenute le lesioni suscettibili di guarire col vaccino, sia perchè le ammalate hanno desiderato di essere rapidamente liberate dal male.

In complesso di 25 ammalate 13 hanno subìto la castrazione totale; sei un'operazione conservativa; due la colpotomia; 4 sole non sono state operate.

Qual'è l'influenza del vaccino sull'evoluzione della malattia?

Il fenomeno più costante è la scomparsa del dolore (24 su 25 casi).

L'effetto è talmente magico e immediato da chiedersi se all'iniezione del vaccino non ne fosse stata aggiunta una di morfina. Non soltanto il dolore si attenua ma le ammalate ricuperano il sonno, possono sedersi sul letto ed anche alzarsi, tanto da credersi guarite. La curva termica al contrario non pare beneficamente influenzata, lo stesso dicasi dello stato anatomico locale verificato non solo all'esplorazione ma anche all'atto operativo. E questo non deve stupire se si pensi che in genere si tratta di ammalate che hanno un passato patologico di anni, nelle quali spesso rimangono reliquati d'infezione che interessano tutto l'apparato utero-annessiale senza che vi sieno più presenti nè gonococchi nè streptococchi che sono la causa prima del male. In queste la vaccino-terapia non può niente; mentre sorprende il fatto che ugualmente i dolori vengono attenuati.

Anche riguardo all'andamento postoperatorio gli AA. non hanno riscontrato influenza benefica nelle ammalate trattate colla vaccinoterapia.

I quattro casi nei quali non si è intervenuto operativamente non si possono considerare guariti perchè le ammalate sono state dimesse dall'ospedale con processi ancora in atto, solo con l'illusione che tutto fosse finito, dato il benessere consecutivo alle iniezioni.

Gli AA. perciò concludono che la vaccinoterapia debba ritenersi solo come un metodo di cura palliativa che debba poi cedere il passo al bisturi.

G. MATRONOLA.

L'estratto pituitario nel travaglio.

Mai usarlo in periodo dilatante.

Se ne può iniettare non più di 1 cc. della soluzione al 10 %, se la testa è discesa nello scavo, purchè si tratti di una multipara e non vi sia ostruzione dell'orificio vulvare. Se in un quarto d'ora non si compie il parto, conviene espletarlo col forcipe già pronto: anche prima, in caso di sofferenza fetale. L'unica indicazione è l'inerzia in multipara. L'eclampsia con ipertensione non ne controindica l'uso. Lo controindica la presenza di un'emorragia in donna albuminurica. Il feto spesso ne risente danno.

Nel secondamento non si deve usare.

Dopo il secondamento è utile per diminuire le doglie tardive e l'emorragia: è più efficace se iniettato direttamente nell'utero.

(H. Williamson, *Clinical Jour.*, 1922, p. 544).

DORIA.

MISCELLANEA

Il trattamento meccanico della idropisia grave.

J. Walter Carr (*Lancet*, 2 dic. 1922) osserva che il trattamento meccanico non è abbastanza usato in quei casi di idropisia grave che non cedono ai consueti medicamenti. Anche quando si applica tale metodo, si introducono i tubi di Southey alle gambe od ai piedi; in tal modo si evacua una notevole quantità di liquido, ma i tubi provocano inevitabilmente irritazione nei tessuti male nutriti, che si infiammano, sicchè dopo un certo tempo cessa l'efflusso del liquido. L'A. ritiene che il metodo più semplice ed adatto sia la puntura dei piedi con un ago chirurgico. Prima di procedere a tale puntura si pulisce la cute come per una operazione chirurgica, lavandola con sapone ed acqua calda, poi con etere e passando da ultimo la tintura di jodio al 2 %; nel punto dove l'edema è più spiccato, di solito al dorso od ai malleoli, si introducono cinque o sei aghi chirurgici grossi, che si coprono poi con garza e cotone sterili, da cambiarsi spesso quando è necessario. Il piede si tiene solleva-

to sopra un blocco di legno immerso in un catino in cui il liquido arriva, scorrendo subito dopo l'introduzione degli aghi e continuando per parecchi giorni. Prima di fare la puntura è consigliabile di tenere l'ammalato in piedi per parecchie ore; in modo che il liquido si raccolga in massima parte nei piedi; in seguito il paziente può anche rimanere sulla poltrona, ciò che facilita il drenaggio ed è anche desiderato dallo stesso infermo in casi di idropisia cardiaca. Se vi è anche ascite, la si vede diminuire gradatamente senza che vi sia bisogno di fare la paracentesi.

Lo svuotamento meccanico è meno consigliabile nei casi di idropisia renale in cui, per quante precauzioni si prendano, si sfuggirà difficilmente ad infiammazioni della cute che si diffondono al tessuto sottocutaneo; comunque, in caso di necessità sarà sempre consigliabile il metodo sopra descritto, che riduce al minimo le lesioni dei tessuti ed il rischio d'infezione.

fil.

Sugli espettoranti.

Si può facilitare l'espettorazione attivando i movimenti vibratili dell'epitelio delle vie aeree, e rendendo più fluido il secreto. Agiscono nel primo senso (G. Ioachimoghi, *D. Med. Wochenschrift*, n. 48, 1922), i sali di ammonio; nel secondo senso numerosi sali (che determinano un'eliminazione di acqua dalle mucose) e sostanze che provocando nausea, determinano un aumento di secrezione da parte delle glandole mucose (emetici, saponine). Sostanze che facilitano l'espettorazione sono poi l'acido benzoico e la terpina.

POLLITZER.

Dosaggio della codeina nei bambini.

Un'infondata paura della codeina induce di solito a prescriverne nei bambini dosi assolutamente inefficaci (W. Salomon, *D. Med. Wochenschrift*, n. 48, 1922). La codeina è 20 volte meno tossica della morfina; non si conoscono casi mortali di avvelenamento da codeina. La dose appropriata per lattanti normali nei primi 6 mesi è di 2-3 mg. di dose; dai 6 mesi ad 1 anno di 4-6 mg.; nel 2° anno, da 6 a 10 mg.; nel 3° anno, da 10-13 mg.; e dal 6° al 10° anno 15-20 mg. Queste dosi non possono determinare alcun disturbo; anche in casi di idiosincrasia, le uniche manifestazioni sono agitazione, midriasi, e lievi contrazioni muscolari.

POLLITZER.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla origine delle melanine.

Le cognizioni relative alla natura, all'origine ed al luogo di produzione delle melanine dei varii tessuti pigmentati sono generalmente poco note. Secondo le attuali vedute, la melanina è un pigmento complementare indipendente dall'emoglobina. Essa proverrebbe dalle albumine cellulari e verrebbe elaborata dalle cellule pigmentarie sotto forma di sostanza incolora, cromogeno o melanogeno che, per un processo di ossidazione dovuto all'intervento di speciali fermenti, si trasformerebbe in corpi colorati. Tali vedute, oltre che dalle osservazioni morfologiche dirette e dalle considerazioni teoriche di biochimica, sono appoggiate da osservazioni cliniche ben note, come, p. e., il fatto che l'urina di individui portatori di tumori melanotici, pure avendo colore normale appena emessa, diventa grigia o nera dopo esposta all'aria, in seguito a fissazione di ossigeno.

Una lacuna fondamentale, come osserva A. Stefani (*Pathologica*, 15 nov. 1922), è rappresentata dalla incertezza che regna ancora su quali siano le cellule che fisiologicamente hanno assegnato il compito di produrre melanina; se siano cioè le cellule epiteliali od i cromatofori — cellule di origine mesenchimale — oppure cellule epiteliali e connettivali al tempo stesso. Secondo i nuovi studii di Block e di Rondoni, basati p. es. sulle reazioni del pirrolo, la specifica attività melanoblastica sarebbe da attribursi soltanto alle cellule epiteliali.

A. Z.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Trattamento dell'eredo-lue. — Al dott. D. A. F. da T.:

In un bambino di un anno eredo-luetico, con manifestazioni in atto, si può somministrare il calomelano alla dose di un centigr. *pro die* per 50-60 giorni. Si può anche prescrivere l'unguento mercuriale della F. U. per frizioni quotidiane (20-30 frizioni) adoperandone una quantità eguale in volume ad un pisello.

Naturalmente conviene sorvegliare il rene e l'apparato digerente (bocca, intestino).

V. MONTESANO.

Al dott. T. E.:

Dal dicembre 1922 si è iniziato a Roma, presso l'Istituto di Radiologia, il corso ufficiale di Elettroterapia e Radiologia e dal feb-

braio u. s., un corso di perfezionamento per tre mesi.

Corsi di Elettroterapia e Radiologia vengono tenuti annualmente a Genova, Napoli, Bologna e Milano (Istituti di Perfezionamento).

MILANI.

Al dott. L. V., abb. n. 2224:

Il caso clinico da lei prospettato reclama un consulto a distanza, che non è di pertinenza della posta degli abbonati, e di nessun medico cosciente ed onesto. Non sapremmo sostituire al caso particolare un quesito generico.

t. p.

VARIA

La super-anatomia.

Nel *Paris Médical* del 22 dicembre 1922 un medico, traendone argomento dalla riforma dei programmi per i concorsi all'internato negli Ospedali di Parigi (1), combatte la persistente tendenza a mantenere un posto esagerato all'anatomia nel *curriculum* degli studi medici e quindi nei concorsi all'internato.

Che l'anatomia sia indispensabile per la chirurgia, è più che un dogma: è un assioma, su cui non è permesso discutere; i medici degli ospedali non si sono mai sognati di contestarlo; ma essi lottano contro l'obbligo imposto agli studenti, molti dei quali non toccheranno mai un bisturi, di apprendere ciò che potrebbe chiamarsi la *super-anatomia*: d'infarcirsi il cervello con una moltitudine di dettagli, incapaci di rendere il minimo servigio.

L'anatomia è alla base degli studi medici, ma non si darà a credere a nessuno che, per apprendere come le vie biliari stiano tra la faccia inferiore del fegato e il colon trasverso sostenuto dal suo meso, o quali rapporti l'arteria uterina contrae, per eseguirne la legatura, occorra anemizzarsi intere nottate sulle trentasei contorsioni anormali del tronco celiaco o analizzare le stratificazioni descritte nelle aponevrosi da certi istologi i quali le hanno scambiate per paste sfoglie....

Si metterebbero nell'imbarazzo eccellenti chirurgi, se si ponessero loro delle domande che hanno irrimediabilmente bocciato valenti giovani, i quali sarebbero divenuti ottimi interni medici. Del resto tra i giovani chirurgi si distinguono gli «operatori» dagli «anatomisti»; è inutile dire verso chi vanno le preferenze dei colleghi e dei malati.

Ammettiamo pure che la scienza dei dettagli sia indispensabile ai chirurghi: nulla impedirebbe ai giovani promossi all'internato e che si destinano alla chirurgia, di completare il loro bagaglio anatomico, con queste piccole nullità, di cui vengono ancora abbeverate le nostre generazioni di studenti alle quali la gloria di Farabeuf impedisce di prender sonno...

Conviene felicitare e incoraggiare il movimento disegnatosi tra i maestri della medicina in Francia, per alleggerire il bagaglio anatomico degli studenti, sbarazzandolo di tutte le sue superfluità inutili, e per esigere invece più larghe e precise nozioni di fisiologia. Il pensiero fisiologico non è meno utile di quello anatomico ai medici ed ai chirurghi. Per questa via non si abbasserà il livello della virtuosità degli operatori, ma si prepareranno loro, come collaboratori, dei medici meglio armati, capaci di riconoscere le indicazioni e decidere sulla natura e sulla tempestività degli interventi operativi.

a. p.

(1) L'internato ospedaliero corrisponde incirca al nostro assistentato, salvo che vi si è ammessi prima della laurea.

Il genio creatore dell'Italia esaltato da un giornale francese.

Il redattore scientifico del «Temps», Goullevigue, dedica al genio creatore dell'Italia un importante articolo in cui espone la parte preponderante avuta dall'Italia nello sviluppo della più moderna scienza: l'elettricità. Poichè il popolo italiano, che con Galileo e Leonardo da Vinci ha iniziato il grande movimento scientifico del ventesimo secolo, è forse quello che ha contribuito maggiormente a sfruttare la fata benefica. Dopo aver parlato di Volta, di Pacinotti, giunge al torinese Galileo Ferraris, le cui scoperte permettono di trasportare dalla pianura lombarda al bacino del Rodano l'energia di ogni goccia di pioggia e di ogni falda di neve caduta sulle cime alpine.

Parla di Righi il cui nome è legato a tutti progressi della scienza elettrica.

Infine del Marconi tesse un elogio che non è mai venuto fuori, così alto, da penna francese, perchè in generale si cerca di anteporgli il Branley.

Sta bene, egli dice, che è di moda in certi circoli dire che il Marconi non ha fatto che coordinare le scoperte eseguite prima di lui. Sarebbe però altrettanto poco giusto pretendere che Victor Hugo non ha avuto che da coordinare le ventiquattro lettere dell'alfabeto per scrivere i suoi capolavori.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

QUESTIONI PRATICHE.

XVII. — Se è legittima la nomina dell'unico concorrente dichiarato idoneo.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 novembre 1922, n. 540, ha confermato la sua giurisprudenza precedente circa la efficacia del concorso qualora un solo concorrente sia stato dichiarato idoneo ed ha dichiarato che il Comune è tenuto a nominare il medico condotto, salvo che per motivi seri e comprovati non ritenga incompatibile la persona designata con l'ufficio che essa deve esercitare.

Identica è la situazione nel caso che un solo medico abbia partecipato al concorso e sia stato dichiarato idoneo.

I motivi per i quali il Comune può deliberare di non nominare il concorrente — o più concorrenti, non essendo siffatto potere del Comune limitato al caso in cui uno solo sia il concorrente idoneo — non possono riguardare la idoneità tecnica, che è riservata al giudizio della Commissione competente, ma devono riferirsi a condizioni, qualità e circostanze che, essendo estranee al giudizio tecnico della Commissione, rendano il concorrente non degno o incompatibile in rapporto alle esigenze dell'ufficio di medico condotto.

Il provvedimento che nega la nomina deve essere motivato, e i motivi devono essere provati.

XVIII. — Provvedimenti disciplinari per operato illegittimo in un concorso.

Al direttore generale degli Ospedali di Verona erano state attribuite irregolarità che sarebbero state da lui commesse quale presidente della Commissione esaminatrice del concorso per chirurgo primario negli ospedali stessi: non essere stato osservato convenientemente l'isolamento dei concorrenti; avere il presidente telegrafato ad alcuni concorrenti, prima che gli esami cominciassero e che la Commissione si riunisse, per avvertirli che i documenti prodotti non erano regolari e che potevano essere ritirati non essendo il concorrente in condizioni di prendere parte al concorso.

Per questo operato irregolare il Consiglio di amministrazione punì il direttore degli ospedali con la sospensione dall'ufficio per la durata di 30 giorni.

La G. P. A. di Verona ritenne che quelle irregolarità non potessero costituire fatto punibile; ma la IV Sezione del Consiglio di Stato annullò la decisione della G. P. A. dichiarando che il direttore generale di un ospedale, il quale sia di diritto presidente della Commissione esaminatrice di un concorso al posto di chirurgo primario e che, come tale, abbia illegittimamente esclusi alcuni candidati dalla gara, può essere punito disciplinarmente per tale motivo (decisione 24 nov. 1922, n. 552).

XIX. — Il limite di età nei concorsi al posto di medico dei manicomi.

Il prof. Romolo Righetti fu ammesso al concorso al posto di medico primario dei manicomi della provincia di Roma, sebbene avesse superato il limite di età prescritto dal bando del concorso, facendo egli parte del personale in pianta stabile alla dipendenza di altra amministrazione provinciale. Nominato il prof. Righetti, fu contestata la legittimità dell'ammissione di lui al concorso per limite di età.

La questione si presentava così: l'art. 95 del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale dispone che « per l'ammissione al concorso non può prescriversi alcun limite massimo di età per quegli aspiranti che si trovino in servizio di amministrazioni comunali e provinciali ». Soggiunge l'art. 144: « la deputazione provinciale deve compilare apposito regolamento per gli impiegati e salariati degli *uffici* provinciali in conformità dell'art. 91 ». La disposizione dell'art. 95 è applicabile agli impiegati dei manicomi provinciali? Non essendo stabilita nel bando del concorso la deroga al limite di età, a norma dell'art. 95, questa disposizione poteva essere applicata?

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 10 novembre 1922, n. 529, ha così statuito:

— la disposizione dell'art. 95 del regolamento 12 febbraio 1911, n. 297, ha carattere imperativo e quindi si applica anche se non sia richiamata espressamente nell'avviso del concorso;

— la disposizione medesima si applica anche ai concorsi a posti presso i manicomi provinciali, sebbene la legge speciale 14 febbraio 1904, n. 36, e il regolamento di esecuzione 16 agosto 1919, n. 615, non dispongano circa la deroga ai limiti di età; infatti, ai medici dei manicomi provinciali sono applicabili le disposizioni del regolamento per l'esenzione della legge comunale e provinciale in quanto non siano contrarie alle disposizioni speciali sui manicomi pubblici.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'attività della Federazione Romana delle opere antitubercolari.

Questa Federazione coordina ed integra l'opera di 57 Istituzioni antitubercolari cittadine, che provvedono all'infanzia, alle colonie profilattiche, agli ospizii marini, ai dispensarii, sanatorii, all'assistenza sia sociale, sia a domicilio, sia dei militari, sia degli orfani di guerra.

Dalla lucida relazione presentata dal prof. Ugo Mariotti all'assemblea, si rileva che i risultati raggiunti sono considerevoli, specialmente per aver provato la bontà del piano d'azione e l'efficace funzionamento dei principali congegni di profilassi e di assistenza. I risultati sono tanto più confortanti in quanto che la Federazione è ancora nel suo periodo di preparazione e non si è avuta una efficace cooperazione da parte di alcune Istituzioni. Numerosi sono i fanciulli che la Federazione ha inviato nelle Colonie climatiche, sia per mezzo delle diverse Istituzioni a ciò destinate, sia all'Ospizio marino di Ostia, dove vennero accolti 303 fanciulli di cui 128 presentavano cutireazione positiva; la cura si estese anche oltre i 30-35 giorni con effetti confortanti tanto che si ebbero, in alcuni, aumenti di peso oltre i 3 kg. La Federazione non ha abbandonato questi fanciulli al loro ritorno, fra i pericoli del contagio tubercolare, ma li ha seguiti nelle loro case, assistendoli con visite periodiche, con medicinali adatti e mezzi alimentari ed allontanandoli, almeno durante la giornata, dall'ambiente infetto; per i più predisposti, circa 140, ha provveduto al ricovero permanente in Istituti profilattici. Diversi poppanti vennero accolti nell'Istituto Maraini, per sottrarli al contagio tubercolare materno. Non molti furono i provvedimenti a favore dell'infanzia ammalata, essendo purtroppo questa una delle più gravi lacune nella organizzazione antitubercolare a Roma; però, oltre ai bambini affetti da forme mediche, la Federazione potè assicurare l'assistenza ad una trentina di fanciulli con forme chirurgiche e conta di potere fra breve fronteggiare le necessità più urgenti per l'assistenza della tubercolosi infantile.

Accanto alla profilassi ed assistenza all'infanzia, si è svolta quella agli adulti; la Federazione si interessò di circa 200 adulti per assistenza nei dispensarii, ospedali, ospizii, in Istituti per predisposti, ecc.

Numerosi furono i buoni alimentari accordati, le cure ricostituenti, i sussidi in denaro. In seguito alle segnalazioni, vennero eseguite 634 inchieste domiciliari in conseguenza delle quali vennero presi gli opportuni provvedimenti (disinfezioni, invio in colonie, sanatorii, ecc.).

Attraverso difficoltà non lievi, specialmente di ordine finanziario, il Comitato Romano della Lega contro la tubercolosi, di cui è attivo presidente il prof. Ascoli e per cui si prodiga il dott. Mariotti, va compiendo un'opera di grande utilità, riuscendo a vincere l'apatia generale e spronando le attuali Istituzioni ad una maggiore attività. Ora il Comitato è stato eretto in Ente Morale e potrà con l'opera fattiva dei suoi soci svolgere una intensa attività nella lotta antitubercolare.

fil.

La legge sul "Chinino di Stato". Una giusta rivendicazione.

In occasione del decimo anniversario della morte di Federico Garlanda il dott. Enrico Villa ricorda, ne «L'Avvenire Sanitario» del 15 marzo, come spetti a questo insigne cittadino il merito di avere proposto la legge sul chinino di Stato, forse la più illuminata e benefica provvidenza sanitaria e sociale dell'Italia nuova.

Il Garlanda era da poco deputato quando presentò il disegno di legge, svolto nella tornata del 4 luglio 1895 e fatto proprio dal ministro delle Finanze, Boselli, che presentò un disegno di legge identico, il quale non giunse in porto. Esso venne ripresentato dagli on. Sonnino e Boselli il 30 novembre 1900, ottenendo un largo consenso della Camera e suscitando l'emulazione di altri deputati; così la stessa proposta venne avanzata dagli on. Wollenborg, Celli, Fortunato, Franchetti e Guicciardini. Le due proposte furono fuse e si tradussero nella legge 23 dicembre 1900, n. 505, sul chinino di Stato.

Il Villa propone che questa provvida legge, la quale ha tanto contribuito alla redenzione sanitaria e sociale delle regioni afflitte dalla malaria ed ha salvato migliaia di vite umane e reso la salute a intere popolazioni, venga intitolata «legge Garlanda».

a. p.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Esami per medici di bordo.

La «Gazzetta Ufficiale» ha pubblicato il R. Decreto 11 gennaio 1923, n. 167, che apporta modificazioni al vigente regolamento di Sanità marittima approvato con R. D. 7 luglio 1910, n. 573. Esso consta di 4 articoli:

Art. 1. — Agli articoli 28, 29 e 33 del regolamento, approvato con R. Decreto 29 settembre 1895, n. 636, modificato con R. Decreto 7 luglio 1910, n. 573, sono sostituiti i seguenti:

Art. 28. — Nessuno può imbarcare come medico di bordo se non sia fornito dell'autorizzazione a viaggiare con tale qualifica e se abbia superato il 65° anno di età.

L'autorizzazione è concessa dal Ministero dell'Interno ai medici i quali abbiano sostenuto con esito favorevole gli speciali esami di idoneità che saranno indetti, in apposita sessione, a cura del Ministero stesso, ogni tre anni o entro un minor termine quando ciò sia richiesto dalle esigenze del servizio sanitario della marina mercantile.

Art. 29. — Per l'ammissione agli esami anzidetti gli aspiranti all'autorizzazione per medico di bordo dovranno presentare, nei modi e termini che verranno indicati per ciascuna sessione, i documenti che seguono:

1) atto di nascita dal quale risulti, che il candidato non ha superato, alla data nella quale l'esame viene bandito, il 35° anno di età;

(Omissis).

Potranno presentarsi altresì titoli di studio e di servizio e pubblicazioni scientifiche.

Art. 33. — I medici di bordo debbono prestare gratuitamente l'assistenza medica e chirurgica a tutte le persone imbarcate sulla nave.

Essi hanno, inoltre, qualità e competenza di ufficiale sanitario governativo, per la tutela dell'igiene e sanità a bordo durante l'intiera durata del viaggio, comprese le soste nei porti esteri di scalo e di destinazione.

Art. 2. — Sono estese alle nuove Provincie le disposizioni relative ai medici di bordo contenute nel capo IV del regolamento per la Sanità marittima approvato con R. decreto 29 settembre 1895, n. 636, modificato dal regolamento che stabilisce le condizioni speciali richieste nelle navi addette al trasporto dei passeggeri, approvato con RR. decreti 20 maggio 1897, n. 178, e 19 ottobre 1898, n. 454, dal R. decreto 7 luglio 1910, n. 573, e dal precedente articolo.

Art. 3. — Entro il 30 giugno 1923 sarà provveduto alla revisione degli elenchi dei medici delle nuove Provincie forniti di matricola d'imbarco presso le Capitanerie della Venezia Giulia, per eliminare tutti coloro che per età e per condizioni fisiche non si trovino più in grado di compiere in modo soddisfacente le relative funzioni, coloro che non abbiano più preso imbarco da almeno dieci anni, e coloro che non abbiano la cittadinanza italiana.

A tutti i rimanenti sarà provvisoriamente consentito di continuare nell'esercizio delle funzioni; ma è fatto obbligo ad essi di ottenere, entro un biennio, una nuova autorizzazione nel modo stabilito dall'art. 1 del presente decreto.

Il biennio decorrerà dalla pubblicazione degli elenchi riveduti; ed a cura del Ministero dell'Interno sarà provveduto, durante il biennio stesso, a bandire una o più sessioni di esami, a seconda del bisogno.

La autorizzazione potrà anche, durante il biennio, essere concessa, con dispensa dalle prove di esame e sul conforme parere di una Commissione nominata dal Consiglio Superiore di sanità, a tutti quelli, fra i medici indicati nel secondo comma del presente articolo che fossero in servizio anteriormente alla data dell'armistizio, che posseggano titoli sufficienti di studio e di servizio per la idoneità alla funzione.

Art. 4. — Per la prima sessione che verrà indetta dopo la pubblicazione del presente decreto, il limite massimo di età stabilito dall'art. 1 per l'ammissione agli esami è elevato al 39° anno.

Cronaca del movimento professionale.

All'Ordine dei Medici di Torino.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Torino, in seguito ad un voto dell'assemblea generale che respingeva il proposto aumento della quota annua da L. 20 a L. 25, richiesto per far fronte all'aumentato costo della locazione della sede, e sconfortato anche dall'assenteismo degli inscritti, ha rassegnato al Prefetto le dimissioni. Il Prefetto rilevando che quella assemblea era costituita da 35 sanitari — troppo pochi in confronto dei 1200 inscritti — pur apprezzando il sentimento di delicatezza del Consiglio, non ne credette giustificate le dimissioni, e lo pregava di desistere da tale proposito, convocando altra assemblea, nella speranza che con maggior intervento si potessero avere definitive determinazioni.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 12):

(VARIE):

Dott. Alberto Malfitano (Roma) » 20 —
Dott. Mario Bochicchio (S. Croce del Sannio) . . . . » 10 —
Dott. Amerigo Petrilli (Palombara Sabina) . . . . » 15 —
Dott. Gennaro Miracapillo (Celleno) . . . . . . » 20 —
Dott. Augusto Senigaglia (Roma) . . . . » 10 —
Dott. Domenico Narducci (Roma) . . . . » 25 —
Dott. Salvatore De Marco (Roma) . . . . » 10 —
Dott. Tito Tronconi (Sora) . . . » 25 —
Dott. Dino Pianucci (Ponte Buggianese) . . . . . . » 10 —
Dott. Carmine Tretola (Castel Madama) . . . . . . » 15 —
Dott. Giovanni Cuntè (Ferrera Erbognone) . . . . . » 20 —
Dott. Mario Mandolesi Ferrini (Belmonte Piceno) . . . » 10 —
Dott. Achille Sacerdote (Voghera) . . . . » 10 —
Dott. Candido Medulla (Tobruk) » 25 —
Dott. Lambertenghi (Grossoto - Sondrio) . . . . . » 15 —
Dott. Comanni (Tirano) . . . . » 25 —
Magg. Med. Mancuso . . . . » 45 —
Dott. Cipani (Gargnano) . . . » 50 —
Dott. Galotti (Brescia) . . . » 100 —
Dott. Felini (Vezza d'Olio) . . » 70 —
Dott. Corinaldesi (Chiari) . . » 50 —
Dott. Meucci (Chiari) . . . . » 50 —
Dott. Barcella (Chiari) . . . . » 50 —
Dott. Faletti (Chiari) . . . . » 50 —
Prof. Fasoli (Milano) . . . . » 50 —
Dott. Poggiani (Montironi) . . . » 20 —

(Continua).

CONCORSI

POSTI VACANTI.

ASTI. — Abit. 42,000 Per decesso e per quiescenza dei titolari, sono vacanti quattro delle otto Condotte mediche, e cioè due urbane, una suburbana, ed una rurale. Stipendio L. 4000; indenn. accessorie (caroviveri, mezzo di trasporto, eccedenza poveri sul 3 %, ecc.), da L. 3100 a L. 4000; cinque quinquenni decimo. Scad. 7 aprile.

BAGOLINO (*Brescia*). — Ab. 5039, di cui 1500 pov.; L. 7000 per 1000 pov., addizion. L. 3 fino a 2000, L. 4 oltre; L. 1000 trasp.; L. 510 uff. san.; 2 c.-v.; L. 700 per ogni quinquennio maturato fino a sei. Scad. 11 aprile.

CAMAIORE (*Lucca*). *Ospedale S. Vincenzo e S. Michele*. — Medico interno e aiuto del direttore chirurgo. Scad. 16 apr. Titoli ed esami. L. 6050, un terzo sui proventi delle operaz. chirurgiche e delle visite ai paganti. Nomina per 4 anni, se non verrà licenziato alla fine del 1° anno; possibile riconferma. Domanda al presidente dell'Ospedale. Età limite 30. Chiedere annunzio.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Medico-chirur. Stip. lordo L. 7500, aumentabili del dec. per tre quinquenni. Ind. cavallo (obbligatorio) L. 2500. Ind. tempor. caro-foraggio e doppia ind. tempor. c.-v. Uff. san. L. 500. Alloggio miti condizioni da convenirsi.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — Scad. 6 apr. Due cond.; L. 9000, un c.-v., L. 2000 cav., 4 quinq. decimo.

FIANO (*Torino*). — Consor.; L. 5000; primo c.-v.; L. 1800 trasp.; L. 500 uff. san.; quinquenni. Scadenza 15 aprile.

FORLIMPOPOLI (*Forlì*). — Scad. 15 apr. Comprimario Ospedale e servizio condotta 2° reparto; L. 8000, oltre L. 600 servizio obbligat. Ospedale; addiz. L. 2 sopra 1000 pov.; L. 2500 cav.; c.-v.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª cond. residenziale; scadenza sessanta giorni dal 1° marzo; età limite 45. L. 7000 oltre le indennità c.-v. Chiedere annunzio.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 15 apr., per Ponte a Signa; L. 6000 e 8 trienni dec.; c.-v. con limitazioni; L. 1500 spese trasp. Ab. 4450, di cui 1250 pov. Età lim. 39. Voto di laurea. Chiedere annunzio.

LEGNAGO (*Verona*). *Ospedale Civile*. — Assistente di chirurgia. Scad. 6 apr. L. 4440, vitto e alloggio. Età 26-30. Stato di fam. Nomina biennale riconfermabile.

LUBRIANO (*Roma*). — L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 500 disag. resid., due c.-v. Ab. 1500, di cui 80 inscritti el. pov. Per uff. san. L. 300. Scad. un mese dal 15 marzo.

MILANO. *O. P. Poliambulanza delle Specialità Medico-Chirurgiche* (Via Arena, n. 40). — Dirigente la Sezione Ambulatoria «Malattie veneree e sifilitiche». Titoli. Scad. 30 aprile. Presentare i titoli di rito e carriera alla Direzione Medica.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. L. 5200.

MONTIERI (*Grosseto*). — Scad. 10 apr. Capoluogo. L. 9000; due c.-v. fino a giugno e uno solo dopo; L. 1200 uff. san.

MORIAGO (*Treviso*). — L. 6000; mezzo di trasporto L. 2500; doppio c.-v.; uff. san. L. 400; alloggio gratuito. Condotta libera; scadenza 15 aprile. Chiedere avviso.

ONANO (*Roma*). — A tutto 25 apr., L. 7000 per 2000 (*sic*) pov., 5 quadrienni dec., addiz. L. 1.50, L. 300 uff. san., c.-v. come statali, L. 500 disag. resid. Popolazione agglomerata.

SACILE (*Friuli*). *Ospedale Civile*. — Medico caporeparto medicina e detto chirurgia; L. 7000 e c.-v. in L. 1980. Scad. ore 18 del 15 mag. Docum. all'Ufficio d'amministrazione. Età mass. 42. Quadriennio Clin. universit. od Ospedale civ.; per il med. capo pratica manicomiale. Nom. triennale. Chiedere annunzio.

SCANSANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag. Due cond., L. 10,000 per 1000 pov.; 4 sessenni dec., addiz. L. 2; doppio c.-v.; L. 2000 cav.; assicur.

TERNI. *Ospedale Civico*. — Un chirurgo aiuto-chirurgo cond.; L. 5000 e indennità di cond. Due assistenti; L. 4000. Caro-viv. Nom. biennale. Accettaz. entro 10 giorni. Età limite 35; pel chir. aiuto 40 se ha prest. serv. di guerra. Chiedere annunzio. Scad. 30 aprile.

VIAREGGIO (*Lucca*). *Ospedale Umberto I e Margherita*. — Medico interno-chirurgo (*sic*); L. 2700 (*sic*) annue lorde, vitto e alloggio; c.-v. in L. 200 mensili; partecipaz. proventi straordinari. Scad. ore 17 del 15 apr. Età mass. 30. Docum. all'Ufficio di Segreteria della Congr. di Car. Preferenza: cognizioni di radiologia. Servizio entro 10 g. Accettazione preventiva di tutte le variaz. e modificaz. eventuali del regolam. e ruolo organico.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Borsea (Rovigo).

CONCORSI A PREMIO.

Premio «Roberto Massalongo».

Il Comitato Veronese contro la Tubercolosi ha deliberato di istituire un premio di lire 1000 intitolato al nome del compianto maestro Roberto Massalongo, che del Comitato Veronese fu promotore e primo benemerito Presidente. Detto premio verrà assegnato alla migliore pubblicazione inedita riflettente la tubercolosi con speciale riguardo al problema della predisposizione, o alla clinica, o alla terapia, o alla profilassi. Potranno concorrere tutti i Medici residenti nelle Tre Venezie, laureati dopo il 1915. I lavori vanno spediti, con le norme consuete, alla Presidenza del Comitato entro il 30 novembre 1923.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In una seduta della Società Pediatrica di Montevideo, tenuta in onore del prof. Ernesto Cacace, recatosi colà in occasione del Congresso Panamericano per il Bambino, su proposta dell'illustre presidente prof. Morquio, vennero nominati membri onorari i proff. Ernesto Cacace, Gregorio Araoz Alfaro e De Oliveira.

Il prof. Gino Acconci, straordinario di clinica ostetrico-ginecologica a Cagliari, è chiamato a Parma. Al suo posto è stato invitato il prof. Attilio Gentile, riuscito primo al concorso di clinica ostetrico-ginecologica a Sassari.

Il dott. A. Brindeau, professore d'Ostetricia per le levatrici all'Ospedale della Pitié, è nominato professore di Clinica ostetrica e direttore della Clinica Tarnier, in sostituzione del prof. Bar, collocato a riposo. Al suo posto è stato assunto il dott. C. Jeannin.

Il dott. Demelin è nominato professore ostetrico capo della Maternità di Parigi e della Scuola per levatrici annessa.

Il dott. Giovanni Palomba, segretario generale dell'Associazione Italiana per l'Igiene, è stato insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia.

I dottori cav. Giuseppe Re, di Milano e prof. Carlo Vallardi, medico primario dell'ospedale Fatebenefratelli della città di Milano, sono stati insigniti il primo di medaglia d'argento, il secondo di medaglia di bronzo al merito della Sanità.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di novembre 1922.

MALATTIE	6-12 novembre		13 19 novembre		20-26 novembre		27 nov. 3 dicem.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	68	338	79	303	72	370	73	214
Scarlattina. .	104	288	103	267	100	341	113	340
Vajuolo e vajoloide . . .	—	—	3	4	1	4	—	—
Tifo addominale . . .	255	640	249	512	193	386	184	354
Difterite e croup . . .	155	253	157	235	137	214	140	211
Meningite cerebro-spinale	—	—	—	—	1	1	1	1
Dissenteria .	6	22	3	3	2	3	1	2
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Colera asiatico	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbonica . .	—	—	—	—	—	—	—	—

NOTIZIE DIVERSE.

XXII Congresso Nazionale Ostetrico-ginecologico.

È convocato in Roma, per i giorni 5-8 aprile; le sedute si terranno al Policlinico Umberto I, nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica diretta dal sen. prof. Pestalozza. Vi parteciperanno ostetrici, ginecologi e medici non specialisti di ogni parte d'Italia.

Gli argomenti messi a discussione, cioè quelli delle relazioni scientifiche sui temi: «La sterilità nella donna» (relatore il prof. Alfieri di Pavia), «La dilatazione permanente del bacino» (relatore il prof. Costa di Novara) e quelli delle comunicazioni scientifiche individuali, già annunciate numerose, promuoveranno le più interessanti discussioni, che segneranno il progresso della specialità.

Sono accordate anche per questo congresso notevoli riduzioni ferroviarie, che si richieggono al Segretario della Società, prof. C. Micheli, via Venti Settembre, 68 - Roma (27).

Società Argentina di Nipiologia.

Dopo una seduta preparatoria, alla quale partecipò gentilmente invitato il prof. Cacace, nel locale dell'Associazione Medica Argentina, sotto la presidenza delle Autorità di quest'Associazione, ebbe luogo un'imponente assemblea di numerosi soci per la costituzione della Sezione di Nipiologia, la cui fondazione fu promossa da circa trenta soci.

Dopo il discorso del presidente, dott. Segura, che espose gli scopi e l'importanza della nuova Sezione, si elesse il Consiglio Direttivo della Società Argentina di Nipiologia, che risultò così composto: presidente, prof. dott. Mamerto Acuna; vice-presidente, prof. dott. Ubaldo Fernandez; consiglieri, prof. dott. Gregorio Aráoz Alfaro e dott. Alfredo Larguia; segretario, prof. dott. Manuel A. Santas; tesoriere, dott. Juan Busco.

Associazione Italiana per l'Igiene.

Come abbiamo annunziato, si è costituita ultimamente in Roma la Sezione Laziale dell'Associazione.

Nella sua prima seduta il Consiglio direttivo della Sezione ha discusso alcune questioni di massima ed ha approvato due ordini del giorno da presentarsi alle Autorità: uno contrario ai concetti informativi della Commissione comunale sul nuovo ordinamento dell'Ufficio d'Igiene del Municipio di Roma, l'altro sulla utilizzazione dei locali e dei terreni del Sanatario Militare di Porta Furba in Roma, di cui è in corso la chiusura.

Un eccesso antipornografico.

Dal periodico «Il Lavoro» di Genova, del 13 marzo, apprendiamo, con vera sorpresa, che è stato colà sequestrato, perchè ritenuto offesa al buon costume, l'opuscolo del dott. Lino Marchisio «Come ci possiamo difendere dal pericolo venereo - Pagine dedicate alla gioventù», lavoro premiato al Concorso Nazionale indetto, nel decorso anno, dal-

l'Associazione Italiana per l'Igiene e pubblicato dalla stessa Associazione a scopo di propaganda igienica!!!.....

L'opuscolo non ha copertina allettatrice, nè allegorie o perniciosi eccitamenti nel testo; è scritto con fine tatto e stile dignitoso per illustrare la azione deleteria dei morbi venerei ed i mezzi per prevenirli e combatterli, al nobile duplice fine dell'elevazione spirituale della gioventù e della tutela della sua salute, di quella salute che è il primo fondamento della vera morale e su cui poggia la ricchezza e prosperità di una Nazione.

Basti pensare che Ministri e Superiori Autorità, ai quali l'opuscolo fu presentato in omaggio, hanno inviato alla Presidenza dell'Associazione lusinghiere lettere di plauso per la benefica iniziativa di grande valore sociale, umanitario e patriottico e che Amministrazioni, Istituti, Società filantropiche, Educatori e perfino Comandanti di Reggimenti del nostro glorioso Esercito, apprezzando l'utilità della propaganda, hanno acquistato copie dell'opuscolo per diffonderlo nelle rispettive collettività.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Durante l'anno 1923 si terranno, presso la Facoltà medica di Parigi, numerosi Corsi complementari e di perfezionamento nelle cliniche mediche, chirurgiche e speciali e presso varie cattedre e Istituti (igiene, parassitologia, batteriologia, patologia speciale, istologia, anatomia patologica, puericoltura, medicina coloniale). Per i programmi e le iscrizioni rivolgersi alla Segreteria, rue de l'École-de-Médecine, guichet 4.

Medicinali inviati dal Papa in Russia.

È giunto a Mosca un carico di medicinali per il valore di un milione di lire, inviato dal Pontefice. Il carico è stato ricevuto alla presenza dei rappresentanti della missione pontificia di soccorso, dal Commissario della salute pubblica Semaschko e dal presidente della Croce Rossa russa Solovieff.

I signori Semaschko e Solovieff hanno telegrafato alla Santa Sede ringraziando del generoso dono ed esprimendo viva riconoscenza.

Onoranze al prof. Borri

Si è costituito in Firenze un Comitato per tributare degne onoranze al prof. Lorenzo Borri in occasione del venticinquesimo anno di insegnamento nell'Ateneo Fiorentino. Saranno raccolti in volume scritti, discorsi, ecc., dell'illustre Maestro. Del detto Comitato fanno parte i proff. Cazzaniga, Cevidalli e Leoncini.

Echi della vertenza di Stradella.

Il prof. Giovanni Masnata, che come abbiamo annunziato nel fasc. 13 è stato reintegrato al posto di direttore dell'Ospedale Civico di Stradella, ha rinunziato allo stipendio assegnatogli per il corrente anno, a favore degli infermi poveri ricoverati nell'Ospedale.

Duello tra medici.

In seguito ad una vertenza sorta per ragioni professionali si sono scontrati, in Siena, alla sciabola, i dottori Gino Saraceni e Giulio Regoli. Dopo cinque assalti il duello ebbe termine, su parere espresso dai medici che assistevano allo scontro; il dott. Saraceni aveva riportato tre ferite e il dott. Regoli due, di minore entità; l'uno e l'altro al braccio destro.

Strage di due tori arrabbiati.

Quattordici persone sono state uccise da due tori arrabbiati ad Aurillac nelle vicinanze di Parigi. I tori erano stati morsicati da un cane arrabbiato. Essi seminarono il terrore nei dintorni e fu assolutamente impossibile impadronirsi delle bestie inferocite mentre erano vive; dovettero essere abbattute a fucilate. I due tori sono stati inviati all'Istituto Pasteur di Parigi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

The Lancet, 14 ott. — F. W. MOTH. Igiene mentale. — J. W. BURNS. L'endocervicite cronica e il suo trattamento. — D. A. RICE e a. Focolaio di trichiniasi. — E. S. MOLYNEAUX. Il radium nelle adeniti tubercolari. — S. W. PATTERSON. Il bacillo di Pfeiffer e l'influenza.

Americ. Med., sett. — A. W. COLCORD. Infezioni settiche nell'industria. — H. F. GOLDSTEIN. Obesità familiare.

Scalpel, 14 ott. — DELAUNAY. Pasteur e l'evoluzione delle teorie mediche. — 21 ott. A. DELIE. L'otosclerosi essenziale e sua cura

Boston Med. a. Surg. Journ., 12 ott. — C. A. PORTER. Alcuni cambiamenti nell'insegnamento medico e posizione della chirurgia. — F. W. PALFREY. Fattori della dispepsia.

Rassegna Intern. di Clin. e Ter., ott. — B. MAIOLA. Sui versamenti pleurici pseudo-chilosi. — C. BIFULCO. Il metodo Pergola.

Gaz. d. Hôp., 21 e 23 nov. — M. BOURNET. La trasfusione sanguigna a portata del pratico. — 25 nov. La diagnosi dell'appendicite cronica.

Presse Méd., 25 nov. — H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL e R. MARQUEZY. Prognosi dell'azotemia.

New York St. Journ. of Med., nov. — R. C. COBURN, J. van DOREN YONNG. Analgesia ostetrica.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 25 nov. — A. GHON. Il problema della tisiogenesi.

Journ. de Med. Français, ott. — Numero sulle leucemie.

Mediz. Klinik, 26 nov. — F. KRAUS. Sistema vegetativo e individualità. — E. MALIWA. Distonia e crampo dei muscoli del collo.

Soc. d. Hôp., 23 nov. — R. BÉNARD e E. COULAUD. Sclerodermia e ipofisi.

Rass. di Studi sessuali, 5. — R. MICHELS. Psicologia sessuale di guerra.

Journ. Amer. Med. Assoc., 18 nov. — G. L. HUNNER. Stenosi ureterale. — J. H. MORRISVEY. L'urografia.

Gazz. d. Osped. e d. Clin., 23 nov. — C. TODDE. Reliquati nervosi e mentali dell'encefalite letargica.

Riforma Med., 27 nov. — D. MARAGLIANO. Impianti nervosi in capsule surrenali.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 nov. — R. MOSTI. Grandi cisti sierose del rene. — 30 nov. — M. GELERA. Sui vari tipi di pneumococco.

Liguria Med., 1 dic. — E. MARAGLIANO. La dispepsia dei tubercolotici.

Minerva Med., 15 nov. — F. MICHELI. Linfogranulomatosi addominale.

Pathologica, 1 dic. — B. DE VECCHI. Reperto istopatologico e batterioscopico in un caso di ulcera gastrica cronica.

Diario Radiologico, nov.-dic. — G. BOIDI-TROTTI. Osteosarcoma del bacino trattato favorevolmente colla roentgenradiumterapia. — G. PINARDI. Appendicite cronica.

Pediatria, 1 dic. — G. SILLITTI. Anafilassi e antianafilassi nei tifosi sottoposti a vaccinoterapia.

Rev. Méd. del Uruguay, 10. — CLAVEAUX. Acidosi e confusione mentale.

Practitioner, dic. — O. M. HOLDEN. Gli aspetti mentali della tubercolosi. — F. G. CAWSTON. Pericoli della uccisione dei parassiti. — C. O. HAWTHORNE. Emorragie cerebrali e cerebellari in adolescenti e bambini apparentemente sani. — J. TAYLOR. Trattamento della dispepsia.

Soc. d. Hôp., 14 dic. — A. SÉZARY e J. LEVESQUE. Morbo bronzino non addisoniano.

Rif. Med., 18 dic. — L. TORRACA. Accumulo nella cavità peritoneale dei gas iniettati nelle vene.

Brit. Med. Journ., 23 dic. — J. GALLOWAY. Sul morbo di Hodgkin.

Archivi.

Proc. R. Soc. Medic., dic. — J. C. G. LEDINGHAM. La resistenza naturale e lo studio dei meccanismi normali di difesa. — W. R. ACKLAND. Odontoiatria preventiva.

Revue de la Tubercul., 4. — M. LETULLE. Le «geodi» di liquefazione nella broncopolmonite caseosa. — E. MOREAU. Il substrato di Pétroff.

Stomatologia, nov. — G. DELLA SETA. I sifilomi iniziali della bocca.

Arch. f. Verdaunungskr., ott. — R. SCHINDER. Gastroscopia. — R. OFFENBACHER e A. HAHN. La reazione glicemica nella prova del ricambio funzionale dello zucchero.

Arch. of Radiol., nov. — E. F. CYRIAN e altri. La lombaggine e i dolori riportativi.

Arch. des Mal. de l'Appareil digestif, ecc., n. 5. — M. VILLARET, H. BÉNARD e P. BLUM. Etiologia delle cirrosi così dette alcooliche

Arch. di Patol. e Clin. Med., dic. — F. PEDRAZZINI. Il fattore meccanico nelle emorragie cerebrali. — G. POGGIO. Ricerche cliniche sulla bilirubinemia.

Amer. Journ. Med. Sciences, nov. — C. E. DE M. SAJONS. L'endocrinologia quale chiave dei maggiori problemi medici. — L. NEUMAN. Emo-immuno-terapia della febbre tifoide ipertossica. — S. MCTEAN. Assenza congenita della milza. — C. E. FARR. L'aspettazione nel trattamento del cancro.

Annali Clin. Med., II. — L. GIUFFRÈ. Fisiopatologia del pancreas. — G. EPIFANIO. Ectopia mediastinica nel pneumotorace artificiale. — R. ANDÒ. Trasformazione della creatina in creatinina nell'organismo.

Brain, ott. — J. BABINSKI. Riflessi di difesa. — H. CUSHING. I meningiomi (endoteliomi durali).

Indice alfabetico per materie.

Albuminuria in gravidanza . . . . *Pag.* 465
Anatomia: la super- . . . . » 448
Annessiti: vaccino-terapia . . . . » 446
«Area Celsi»: sindrome endocrino-simpatica . . . . » 438
Bibliografia . . . . » 441
Chinino di Stato; rivendicazione . . . . » 450
Citrobismutato di sodio e sua azione spirillicida . . . . » 464
Codeina: dosaggio nei bambini . . . . » 447
Concorsi: varie . . . . » 449
Cronaca del movimento professionale . . . . » 451
Cronaca epidemiologica . . . . » 453
Elioterapia dermatologica e biologica solare . . . . » 439
Endocardite da «Streptococcus viridans» » 443
Eredo-lue: trattamento . . . . » 447
Espettoranti: sugli — . . . . » 447
Fibroma cistico grosso a sviluppo sottoperitoneale . . . . » 441
«Herpes febrilis» e «genitalis»: stato attuale delle nostre conoscenze . . . . » 437
Idropisia grave: trattamento meccanico . *Pag.* 446
Intestino: usura di ansa aderente a cicatrice cesarea, per azione di villi coriali . . . . » 443
Medici di bordo: nuove disposizioni . . » 450
Melamine: origine . . . . » 447
Parto: uso dell'estratto pituitario . . . . » 446
Sindrome di Addison e malaria . . . . » 426
Solfo nella terapia dermatologica esterna » 440
Sterilizzazione tubarica temporanea . . » 444
Stipsi chirurgiche (ceco mobile, perienteriti, ripiegature intestinali) . . . . » 433
Strofantina: uso . . . . » 412
Tubercolosi insospettata dei genitali femminili e sterilità . . . . » 443
Tubercolosi; opere contro la — in Roma » 450
Tumori benigni sottocutanei: segno della faccia piana posteriore . . . . » 425
Urine: ricerca rapida del bismuto . . » 444
Zuccheri: modificazioni al metodo volumetrico del Fehling per la determinazione degli — . . . . » 432

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 9 Aprile 1923 Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Conferenze: P. L. Bosellini: Per un razionale indirizzo dermatologico.
Note e contributi: P. Filippella: Contributo allo studio sulla terapia della malaria con la cinconina.
Sunti e rassegne: NEUROLOGIA: C. Frazier e W. Spiller: Sui tumori midollari. — I. Rosett: Sulla malattia di Thomsen. — R. Ribolla: Patogenesi del mal di mare.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Accademia Medica di Roma.
Appunti per il medico pratico: SEMEIOTICA: Tecnica della biopsia. — I corpuscoli fucsinofili dell'espettorato. — CASISTICA E TERAPIA: Secrezioni interne: Il timo. — Su un caso di diabete insipido. — Trattamento del gozzo esoftalmico. — Opoterapia della obesità infantile. — Cura della dispnea notturna con la glandola tiroide. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Erpete febbrile ed encefalite epidemica. — POSTA DEGLI ABBONATI.
Politica sanitaria e giurisprudenza: L'esercizio professionale dei sanitari stranieri in Italia. — Disposizioni speciali per gli italiani diplomati all'estero. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: INSEGNAMENTO SUPERIORE: V. Ascoli: Il regolamento proposto per la Facoltà medico-chirurgica. — Sulla riforma degli studi medici. — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

CONFERENZE.

Per un razionale indirizzo dermatologico.

Prof. P. L. BOSELLINI
direttore R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI PISA.

Prolusione.

Permettete, o Signori, che prima di dirvi ciò che io penso dell'indirizzo che deve avere lo studio della dermatologia, ricordi qui il mio predecessore, Giuseppe Mazza, per rendere alla sua memoria l'omaggio dovuto, perchè Egli fu veramente Uomo di alto sentire che, fino al termine della sua esistenza, obbedì alla legge morale del dovere e come studioso e come insegnante. Che il suo esempio mi sia mònito per un esercizio scrupoloso dell'ufficio, che Voi illustri Maestri della Facoltà di Pisa, avete affidato a me! del quale onore io caldamente Vi ringrazio.

***

Fino dai primi anni dei miei studi dermatologici, mi sono fatto convinto seguace del principio che la clinica dermatologica, dopo avere fissato ciò che ha insegnato il morfologismo relativamente a sintomi e a sindromi cutanee, debba appoggiarsi alla medicina interna, all'infuori della quale la dermatologia rimane sterile di resultati nel campo scientifico e pratico; e questa convinzione alimentatasi via via in un ventennio di mia osservazione clinica, io illustrai due anni or sono in un volume, che trovò unanime consenso nella stampa italiana e straniera (1).

Questo successo fu la prova più sicura che io avevo interpretata giustamente una aspirazione, già universalmente sentita, di togliere la dermatologia dall'angusto àmbito del puro metodo morfologico: questo, come si sa, poneva ogni sua mira nell'analizzare, fino alle minuzie, anatomicamente il fatto cutaneo dandovi un corrispettivo morfologico, per il falso presupposto di trovare così la sua ragione di essere, come se la pelle fosse un apparato avulso dal corpo: ne venne come resultato immancabile di conoscere bensì intimamente un sintoma od una sindrome cutanea, ma di non sapere che cosa questa significasse nell'economia alterata del soggetto: Concezione invero ben miope della clinica o piuttosto negazione di questa, comodo rifugio di menti schive di

(1) P. L. BOSELLINI. *La Dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna.* Soc. editr. libr., Milano, 1921.

guardare in faccia i vasti e magnifici problemi della medicina generale e d'imporsi, sia la disciplina del sistematico esame viscerale del dermopaziente, sia lo sforzo di cercare il nesso fra le condizioni abnormi della pelle e quelle dell'organismo.

Invero non si comprende come tanto a lungo abbia durato questo stato di cose, perchè basta l'essere stati testimoni di qualche fatto altrettanto dimostrativo quanto semplice, nel campo di osservazioni delle dermatosi più comuni, per farsi fedeli sacerdoti della clinica dermatologica *integrale*, come io denonimo questo indirizzo per evitare ogni equivoco.

Vogliate per l'appunto, o Signori, ascoltare questi pochi esempi per essere persuasi della bontà della mia affermazione.

La tigna tonsurante del capo dei bambini, dovuta ad un parassita ben noto, il tricofito, che resiste alle cure antiparassitarie esterne più energiche, perchè il medicamento non può essere in alcun modo spinto nella cavità del follicolo entro cui si annida l'ifomiceto, guarisce spontaneamente alla pubertà, perchè col maturare delle glandole sessuali si modifica profondamente il pabulum nutritivo, che il follicolo pilosebaceo offre al fungo.

Un eczèma delle mani in giovani donne clorotiche, provocato dall'uso prolungato dell'acqua e del sapone, e che è tenacissimo di fronte alle cure locali, si attenua e cede soltanto con somministrazione di estratti ovarici e di ferruginosi. Un eczema di bambini ipernutriti, ribelle per anni alle cure esterne può cedere prestamente colla riduzione alimentare del pane e dei farinacei. Un eczema di un fanciullo linfatico o di un neuropatico, si ripara spesso soltanto colla cura tonica climatica del mare o del monte, salvo frequente recidiva, quando il soggetto ritorna alle condizioni usuali di vita, perchè allora riprende l'influenza dello stato costituzionale, che difficilmente si può mutare in modo radicale.

Ma io ancora voglio dire, a corroborare il mio asserto, delle sorprese cui si assiste quando abituati a considerare alcune malattie cutanee estremamente benigne, perchè veramente facili e pronte a risolvere anche senza alcun intervento curativo, ci si incontra invece in alcuni casi, nei quali le stesse forme, pur mantenendosi per sè, cioè come lesioni di pelle, benigne sono il segnale di malattia viscerale grave e mortale: il famoso *fuoco sacro* o herpes zoster in linguaggio dermatologico, che certo Voi tutti conoscete, il più delle volte decorre con pochi disturbi subiettivi locali e va a risoluzione spontanea, ma talora si accompagna a pneumonite, a bronco-pneumonite, a tubercolosi polmonare, a febbre puerperale, ad influenze, ad intossicazioni gravi da arsenico, da ossido di carbonio ecc., in quanto in tutte queste diverse condizioni si determina un fatto comune e fondamentale nella patogenesi dell'herpes zoster, cioè una alterazione del ganglio intervertebrale, perchè un virus od un veleno si localizzano in questo per ferirlo profondamente: è facile da ciò dedurre che l'herpes zoster si deve considerare come un fatto cutaneo episodico, che risponde a condizioni generali o viscerali di natura diversa e nulla più. Ho scelto questo esempio molto eloquente nella sua semplicità perchè ci insegna assai, ma purtroppo non è sempre agevole lo scoprire la condizione interna che causa e sostiene una lesione cutanea, o perchè spesse volte diverse condizioni morbose interne si assommano, onde è difficile fissare fra esse una graduatoria dell'imputabilità patogenetica, o perchè, e ciò è situazione ben più critica, ci troviamo a non potere scoprire coll'uso dei metodi forniti dalla più perfetta semiologia fisica e chimica e biologica, alcuna lesione interna. Quest'ultima evenienza purtroppo è frequente, perchè la correlazione fra pelle ed organismo riflette per lo più il chimismo dei vari tessuti e della pelle di riflesso, campo tuttora pieno di oscurità; e però la pelle può essere appunto il primo apparato atto a rilevare questo alterato chimismo.

***

La clinica dermatologica integrale trova la sua concreta espressione nella dottrina dei *foci viscerali*, formulata in questi ultimi tempi e sviluppatasi specialmente mercè le ricerche dei dermatologi inglesi ed americani.

La clinica dermatologica integrale appunto impone la ricerca sistematica del *focus* viscerale, cioè *del centro da cui emana l'agente causale della malattia cutanea.* E questo agente può essere veramente un corpo tangibile che si stacca dal viscere, dal tessuto e viene portato dalla corrente sanguigna o linfatica alla pelle dove provoca la reazione, oppure può essere una energia che si trasmette per mezzo di un tessuto specializzato *ad hoc*, cioè il sistema nervoso. Sono, come si vede, in campo le due specie di correlazione, la umorale e la nervosa, attraverso le quali giuoca la dinamica vitale delle varie parti dell'organismo.

(*Non parlo della correlazione per continuità* o *contiguità* di tessuto, perchè ciò poco interesserebbe e mi porterebbe fuori del programma oggi propostomi).

Queste enunciazioni non hanno bisogno di grande sviluppo per essere comprese: da un focus viscerale infettivo, parassitario può partire l'agente infettivo o parassitario più o meno intatto, ovvero prodotti derivanti dalla sua attività vitale (tossine) e dalla sua dissoluzione (endotossine): possono emanare ancora prodotti che il tessuto, in cui si svolge l'infezione, libera nella reazione che compie contro l'ospite.

Ma prodotti tissurali lesivi della integrità cutanea si possono avere anche da organi e tessuti in preda a processi anormali di ricambio per veleni chimici, per fatti degenerativi ed infiammatori comunque originatisi, e per fatti neoplastici; queste tossine tissurali pare abbiano però in genere poco peso per la dermatologia in confronto alle tossine ed endotossine batteriche. Sono per l'appunto questi foci batterici che per lo più noi dobbiamo rintracciare, con un esame minutissimo e sistematico del paziente, perchè essi possono essere una minima cosa e da apparire trascurabile anche quando sono scoperti, se l'esperienza progrediente non ne mettesse in sospetto la grande nocività. Le superfici mucose aperte verso l'esterno e le loro immediate dipendenze offrono il campo più fertile a queste insidiose infezioncelle, che riescono per una serie di anni a perpetuare silenziosamente stati tossi-infettivi che, se talora attaccano anche la pelle (e ciò è da ascriversi a fortuna perchè richiamano l'attenzione del medico) minano ben più spesso insidiosamente delicati parenchimi viscerali (rene, fegato, cuore, sistema nervoso) e lo stesso apparato vascolo connettivo.

L'apparato digerente è la sede più frequente dei foci, a cominciare dalla bocca. Gli alveoli dentari albergano spesso, come nella periodontite, nella piorrea, stafilococchi, streptococchi, pneumococchi; l'apparato linfatico del nasofaringe e le tonsille offrono pure asilo ottimo a batteri; anzi le cripte tonsillari particolarmente sono depositi perenni di microorganismi, fra i quali paiono prevalere certi streptococchi in condizioni di saprofitismo o almeno di così scarsa virulenza (condizione detta da taluni subinfettiva) da non provocare reazioni infiammatorie, ma atti egualmente a dare per processi d'autolisi prodotti proteici, che assorbiti attraverso l'epitelio macerato dalla mucosa agiscono come tossici. Anche un altro tratto del tubo digerente ricco di tessuto linfatico, cioè la regione ileocecale e l'appendice vermiforme ricche di flora batterica da bacterium coli e da streptococchi, e infine il retto possono essere sede di processi infettivi cronici silenziosi: ora sono proprio queste forme cui si debbono imputare tanti esantemi, all'infuori di quelli provocati da forme infettive acute ben note come tifo, paratifo, dissenteria, ecc.

Ma l'apparato digerente offre *foci*, anche sotto altri punti di vista perchè gli alimenti proteici mal digeriti possono essere assorbiti come albumine eterogenee; e si deve anche tener conto dei prodotti che provengono da processi fermentativi e putrefattivi di altri alimenti oltre le proteine: infine gli stessi tessuti delle pareti del tubo gastroenterico, in preda ai processi infiammatori, possono dare proteosi tossiche. Cosicchè si può dire che il tubo digerente appare la più completa officina di preparazione dei veleni, perchè se relativamente ad altri organi si può tener conto di albumine batteriche e di albumine tissurali in degradazione, qua ci si aggiungono anche le albumine alimentari deviate dal loro normale dissolvimento. E purtroppo il tubo digerente è preda frequentissima di deviazioni funzionali, onde ad esso prima che ad ogni altra parte del corpo noi dermatologi dobbiamo rivolgere la nostra attenzione.

Quali tipi di dermatosi, di reazioni cutanee sono provocati da queste proteotossicosi?

Se noi vogliamo, per esemplificare, prendere in considerazione uno dei primi foci del tubo digerente, il primo ad incontrarsi, una alveolite dentaria infettiva, possiamo trovare come espressione dermatologica della stessa o una porpora, o un eritema multiforme, o l'eritema indurato, o una dermatite erpetiforme o un lupus eritematoso. Se passiamo alle tonsille possiamo incontrare a corrispondervi, negli stati infettivi o subinfettivi di esse, il lupus eritematoso, il lichen planus, il prurigo, la alopecia areata e l'eczema delle pieghe: queste diverse forme ci ha già dimostrata l'osservazione e però non è detto che la serie di esse sia chiusa.

Voi vedete quanti tipi diversi di malattie, e badate, queste singole forme cutanee non derivano da altrettanti e diversi agenti infettivi che siedono ora in un focus ora nell'altro, sì da aversi una equazione cosifatta: ad agente morboso A corrisponde malattia cutanea A — ma uno *stesso agente può determinarle volta a volta tutte*, il che si esprime nella legge, che *una malattia cutanea può ripetere come causale agenti morbigeni vari*, espressione del resto particolareggiata di una legge di patologia generale.

Questa legge ha già avuta esemplificazione probativa da quanto ho detto sopra a proposito dell'eczema; ma noi potremmo invocare,

per confermarla, ad una ad una le tante dermatosi comuni, allargando il campo degli agenti causali al di là degli infettivi e comprendendo quindi gli agenti tossici provenienti ad es. da alterato ricambio, da disfunzione di organi deputati alla depurazione dell'organismo. Io ho accennato ora al lupus eritematoso, come derivato da sepsi dentaria e tonsillare; ebbene questa malattia per tanto tempo attribuita alla tubercolosi viscerale, come espressione tossinica di questa sulla pelle, e che costituisce una delle dermatosi più ribelli alle cure locali, per ricerche recenti appare talora anche riferibile ad uno stato uricemico.

Si è voluto spiegare tutto ciò col fatto che l'azione patogena delle proteine eterogenee, di diversa provenienza, batteriche e tissurali, di diversa specificità, si esplicherebbe quando queste proteine in via di degradazione e semplificate molecolarmente (perchè come si sa sono appunto patogeni i prodotti intermedi di distruzione delle proteine stesse) si sono rese di tipo uniforme perdendo gran parte dei caratteri differenziali della loro specificità: è questa una interpretazione giusta? il lupus eritematoso dicono gli osservatori recenti, deriverebbe da prodotti urici provenienti da alterato ricambio nello stato gottoso, oppure anche da batteri e tessuti in degradazione. Io non oso affermare nè negare la giustezza di questa ipotesi, tutt'altro che inverosimile, perchè gli atti vitali si traducono sempre in ultima analisi in fatti chimici e fisico-chimici.

Ma di fronte alla legge detta sta per converso l'altra che un *determinato agente morboso può causare dermatosi di diverso tipo anatomo-morfologico*: gli esempi che la illustrano sono infiniti nel campo degli agenti tossici come degli agenti infettivi: un ioduro può portare una follicolite, un eritema, un eczema, una porpora, una forma nodosa; l'arsenico un eritema, una cheratosi, una melanodermia; il treponema pallido ci dà la roseola, la papula, la pustola, la bolla, il nodulo, la gomma. Si è invocato a spiegare questo fenomeno la diversa reattività della pelle di fronte ai vari fattori morbigeni, reattività o sensibilità o affinità, che dir si voglia, varia da soggetto a soggetto e per ogni tessuto, a sentire l'azione delle diverse sostanze nocive e a reagirvi: ma con queste parole purtroppo restiamo nel campo dell'indeterminato, pure affermando certamente la verità; a rendere concreta la quale, si impone la necessità di esplorare con tutti i mezzi a disposizione l'organismo intero per scoprirvi quelle condizioni, che congenite od acquisite, sostengono queste speciali sensibilità morbigene, queste varie vulnerabilità dell'organismo stesso e della pelle di riverbero: ed ecco perchè ancora una volta il dermatologo deve tenere aperti gli occhi all'internismo! Attitudini nutritive generali, che vanno ancora sotto il nome di diatesi, squilibrio nervoso, deficenza di organi che presiedono alle combustioni organiche, di organi che le stimolano, di organi che sottraggono al corpo i veleni della vita, tutto deve passare attraverso la lente dell'osservatore, che vuole darsi ragione di una forma cutanea per spiegarne la genesi. Il dermatologo rifuggirà così da quel semplicismo che vorrebbe attribuire la lesione cutanea ad una azione diretta dell'agente morbigeno sugli elementi strutturali della pelle, e risalirà invece passo a passo per cercare azioni intermedie su organi interni, le quali purtroppo non saranno sempre facili a individuarsi come nell'*herpes zoster*, nel quale, come ho detto, è colpito dall'agente morboso il ganglio intervertebrale. Ognuno intenderà facilmente che simile processo costruttivo, proponendosi di scoprire e concatenare cause e concause, azioni preparanti e determinanti del fatto cutaneo, debba essere assai complesso, perchè molti fattori esterni ed interni possono modificare queste sensibilità di organi di tessuti e di pelle, sicchè un agente morboso tossico od infettivo attacchi l'uno piuttosto che l'altro tessuto cutaneo o viscerale: e fra i fattori interni vanno in prima linea quelle forze reattive istogene ed umorali che l'organismo oppone alle infezioni, sicchè mutano secondo determinate direttive gli aspetti delle stesse reazioni (allergia, anafilassi, immunità) ciò che in un soggetto preso da un virus dà ragione del succedersi di forme cutanee varie nell'evolversi della infezione. La infezione sifilitica ci offre le migliori possibilità di esemplificare; essa portata sulla pelle con una inoculazione, dopo aver data una reazione locale, invade tutta l'economia e provoca una modificazione degli umori e dei tessuti vasco-lo-connettivi cosiffatta che alle periodiche invasioni ematogene dei parassiti nella pelle, questa reagisce mano a mano con nuovi tipi di reazioni infiammatorie, che vanno distinte come roseole, come papule, come noduli e gomme.

Ma quante volte poi ancora il virus, localizzandosi in organi interni, può per correlazioni umorali e nervose fra questi e pelle, determinare manifestazioni morbose cutanee che nulla hanno a che fare con le manifestazioni infiammatorie suddette e che invece

sono comuni a qualsiasi altro agente morbigeno che colpisce gli stessi organi! il *treponema pallidum* che attacca ad es. una glandola endocrina può dare per la pelle alterazioni pigmentarie, nutritive eguali a quelle date dal bacillo tubercolare che si localizza nello stesso organo: e quale sifilografo oggidì, degno di tal nome, potrebbe limitare le proprie osservazioni alle classiche manifestazioni infiammatorie cutanee della sifilide?

Sicchè noi possiamo affermare che la clinica dermatologica integrale deve fondarsi sopra questo incrollabile binomio, *l'agente morbigeno ed il terreno in cui cade, dando allo studio di questo quella estensione di cui è capace la medicina interna*: HOC OPUS, HIC LABOR!!

Finora abbiamo preso in considerazione i foci viscerali, fermandoci in speciale modo all'apparato digerente; nulla sostanzialmente muta rispetto agli apparati respiratorio ed uropoietico pure aperti verso l'esterno.

Ora occorre che io vi dica che anche la pelle può essere un *focus* da cui partono agenti infettanti, tossine, per determinare eruzioni sulla pelle stessa; così, ad es., una dermatosi suppurativa del capo occasionata dalla pediculosi può costituire *focus* di assorbimento di tossine, che producono a distanza sul tronco, sugli arti una eruzione eritematosa od eczematosa; così una piaga da varici può determinare un eczema in parti lontane.

***

Quanto finora ho detto riguarda il *focus* dal punto di vista umorale. Ora io debbo dire brevemente del *focus dal punto di vista della correlazione nervosa*. La pelle e gli organi interni hanno un collegamento di vie nervose simpatiche, per il quale la vita vegetativa, che si svolge nell'interno del corpo, ha un riflesso sulla pelle.

Il simpatico che innerva questa, avendo un ufficio regolatore della nutrizione dei tessuti e quindi della loro funzionalità, quando riceva dai centri simpatici stimoli abnormi eccitati in essi da influssi provenienti da organi interni, determina pure sulla pelle i più svariati tipi di eruzioni, da quelli che hanno come base un disturbo vasomotorio ai pigmentari, ai secretivi, ai nutritivi in stretto senso, come ad es. atrofia ed ipertrofia dei vasi costituenti anatomici della cute: l'alopecia areata che è espressione di neurotrofismo, rappresentata grossolanamente da caduta dei peli ad aree, più intimamente osservata si mostra come una condizione ipotrofica di tutti i costituenti anatomici nell'area alopecica.

La trasmissione dell'influsso nervoso pare si esplichi quasi esclusivamente per via omolaterale e non crociata; piacemi ricordarvi un caso occorsomi proprio in questi giorni, in cui ad una lesione annessiale di sinistra in soggetto con insufficienza renale, si avevano crisi pruritiche, manifestazioni orticariche, papule pruriginose e una psoriasi circoscritta quasi esclusivamente a sinistra; le forme pruriginose di questo lato del corpo si accentuavano coll'accentuarsi dei disturbi annessiali.

S'intende che non vanno confuse con questo tipo di correlazione quelle azioni che eventualmente possono esplicarsi per lesioni simpatiche materiali di centri e di fibre, quando un agente infettivo, tossico, traumatico, fisico purchessia leda direttamente il tronco od il centro nervoso; le manifestazioni cutanee possono peraltro essere le medesime.

Anche rispetto alla correlazione nervosa, il *focus* originario di uno stimolo, di un riflesso può trovarsi nella pella istessa: ciò si avverte bene in certi pruriti e reazioni pilomotrici, che si eccitano omolateralmente da un punto all'altro del tegumento.

Nel campo del simpatico in dermatologia, non si possono passare sotto silenzio i suoi stretti rapporti con le glandole endocrine, la cui importanza va rilevandosi ognora più nella medicina, perchè l'apparato endocrino-simpatico tocca i problemi fondamentali della nutrizione.

Tali rapporti furono già da tempo segnalati e fissati nei cloasmi uterini e gravidici, nelle macchie epatiche, nella melanodermia addissoniana: oggi si vanno via via fissando i rapporti fra altre pigmentazioni e tiroide ed ipofisi: e quali sconfinati orizzonti ci si aprono in questo campo!

Il problema del pigmento e delle pigmentazioni ci può dare appunto un'idea abbastanza precisa della complessità del problema della correlazione fra pelle ed apparato endocrino-simpatico. Il pigmento segue con un fatto ben tangibile da qualunque osservatore, cioè il colore della pelle, un atto del ricambio cellulare: esso appartiene alla cosidetta melanina e si forma entro quelle cellule designate col nome di melanoblasti, situata nello strato basale della epidermide malpighiana che secondo molti sono di origine epiteliale, sebbene si debba ritenere per consenso dei più, che anche cellule connettivali sieno atte alla melanogenesi. Comunque, per preci-

sare, la melanina è una espressione morfologica visibile di una fase di un processo catabolico o di demolizione della molecola proteica, processo che si consuma perennemente attraverso gradi successivi e sotto la azione dei fermenti endo-cellulari; si hanno cioè azioni variamente combinate di quei fermenti detti proteasi, nucleari, peptasi ed aminoacidosi per i quali dalla molecola proteica primitiva o meglio dai composti azotati primari si scende a molecole più semplici come albumose, peptoni, polipeptidi che sono composti azotati secondari, poi ad aminoacidi che sono prodotti azotati terziari, dai quali finalmente si passa ai composti urici ed ai prodotti della ossidazione terminale. L'aminoacido viene attaccato da speciali fermenti compresi col termine generico di aminoacidasi, varia a seconda dei singoli aminoacidi: questi fermenti operano prima come disamidasi scindendo dalla molecola dell'aminoacido il gruppo ammoniacale, poi segue l'azione di fermenti ossidanti che bruciano l'acido organico restante.

Ora la melanina deriva da aminoacidi attribuiti a certi gruppi aromatici od a certi complessi ciclici derivanti dalla demolizione delle sostanze proteiche, la tirosina, la fenilanina, la prolina: specialmente appare importante questa ultima (almeno secondo ricerche recenti) che appartiene al pirrolo, sostanza cui oggi si attribuisce grande importanza nella dinamica vitale. Come si svolga il processo entro le cellule non è ancora definito ed altri fattori, oltre i fermenti detti, concorrono come stimolanti nel determinarsi di esso, fattori interni di indole chimica o nervosa e fattori esterni; fra questi ultimi le azioni fisiche del mondo esterno ma sopratutto la luce; fra i primi d'indole chimica la adrenalina, poi quelli d'indole nervosa cioè il simpatico nei suoi centri e nelle sue vie periferiche.

Esperienze recenti avrebbero appunto dimostrato che mentre l'adrenalina sola, per ossidazione da ossidasi tissurali ghiandolari, non è capace di dare neri, mescolata a succhi ghiandolari ed a pirrolo agevola la trasformazione del pirrolo in nero di pirrolo. Questi pochi cenni sull'azione dell'adrenalina e del simpatico ci portano precisamente nel pieno delle correlazioni funzionali fra pelle ed apparato endocrinosimpatico. È noto a tutti che il morbo di Addison, avente le sue basi in una insufficienza cronica surrenale, ha come sintoma saliente la melanodermia; evidentemente la disfunzione della secrezione adrenalinica è in giuoco, ma in quale modo? invero ciò permane tuttora oscuro! Se si trattasse soltanto di variazioni quantitative una diminuzione di adrenalina dovrebbe portare invece della melanodermia la acromia; si è detto infatti più volte che l'adrenalina ha azione inibente nella formazione del pigmento; ma ciò contrasterebbe colla esperienza succitata secondo la quale, l'adrenalina avrebbe azione eccitante. Altri sperimentatori in passato dissero invece di avere ottenuto in animali la comparsa di melanodermia sopra mucose visibili, mediante iniezioni di adrenalina! dove starà il vero? E d'altra parte quale ufficio può essere assegnato al simpatico addominale (plesso solare) che si trova le tante volte preso dallo stesso processo morboso distruttivo che ha attaccate le capsule, ma può anche essere preso isolatamente, mentre le capsule appaiono anatomicamente integre? ha esso soltanto una azione melanogena indiretta, cioè agisce sulle melanogenesi solo perchè regola la funzione delle capsule, oppure agisce direttamente sul metabolismo dei melanoblasti, mentre la secrezione capsulare ne regola la sua attività? Questi problemi restano ancora insoluti. Teniamo presente comunque che lesioni nervose centrali e periferiche del simpatico, sono di per sè capaci di determinare lesioni pigmentarie; ferite di nervi, processi nevritici, es. nella lepra, lesioni di asse cerebrospinale nella lue sono atti a dare pigmentazioni anomale; se del resto si deve attribuire al simpatico una funzione di regolarizzatore del metabolismo di tutti i tessuti, nulla di eccezionale rappresenta questa constatazione clinica: esso regola il ricambio del melanoblasto e quindi anche quell'atto parziale di questo, che culmina nel fatto ben visibile della produzione del pigmento.

Ma io non voglio indugiarmi ancora su questo interessante problema attorno al quale si avvicendano le ipotesi, senza che si venga finora ad una conclusione, forse perchè noi corriamo invano in cerca di una spiegazione unica che concili tutti i fatti e le ricerche, mentre forse varie sono le possibilità e cioè che la funzione metabolica melanogenica del melanoblasto possa esplicarsi sotto l'influenza di vari fattori o stimoli. A me premeva soltanto di darvi un'idea sulla difficoltà dei problemi dermatologici, scegliendo come più dimostrativo fra tanti quello delle pigmentazioni. Voi vedete d'altra parte quanto lungi ci siamo portati da quella dermatologia morfologica che nel morbo di Addison, nella maschera gravidica limitava la propria attività a descrivere ad es. la tonalità del colore, le sedi preferite dalla pigmentazione e simili fatti puramente descrittivi.

Ed io potrei prospettarvi così infiniti altri problemi egualmente complessi e nei quali tutto il sapore biologico medico è chiamato a raccolta per cooperare alla loro soluzione.

***

Da ultimo mi permetto di accennarvi alla influenza che la pelle può a sua volta esercitare sull'organismo: sarebbe un fuor luogo che io fermassi quì la vostra attenzione sulle sue funzioni fisiologiche, di difesa, di termoregolazione: voglio soltanto che voi teniate presente questi due punti: il primo che ogni giorno sempre più si va facendo strada l'idea che il corpo malpighiano abbia una funzione secretiva interna, di grandissima importanza, in correlazione specialmente colle glandole endocrine: il secondo che la pelle in condizioni patologiche, può costituire il *focus* di origine di processi infettivi per l'economia intera e per organi interni; troppo poco si valuta l'importanza di questo fatto: le volgari forme settiche e parassitarie che la colpiscono, forse nascondono tante volte l'insidia di infezioni viscerali postume, la cui origine spesso ci sfugge: vedete ad es. che rispetto alla scabbia, pare accertato che spesse volte essa provochi alterazioni renali. Se si comprendesse meglio l'importanza di questi fatti, certo tutti intenderebbero anche l'importanza dell'igiene profilattica contro queste banalissime malattie, cui non si presta attenzione che per lo schifo che ingenerano.

Ben è vero che la pelle portata dalla provvidenziale natura a coprire il corpo per difesa contro il mondo esterno è anche provvista di poteri di neutralizzazione di agenti infettivi: il derma appunto è atto in sommo grado ad elaborare queste difese con reazioni infiammatorie e produzione di anticorpi; esso è il campo in cui paiono esplicarsi le tante volte le attività vacciniche: sonvi poi ricerche sperimentali recenti che dimostrano che certi virus stazionando nella cute perdono il loro potere patogeno.

***

Potremo dopo quanto ho quì brevemente prospettato limitare la nostra attività di dermatologi al solo rilievo di una sindrome anatomo-morfologica come voleva il metodo morfologico, e non piuttosto allargare caso per caso le nostre indagini all'organismo intero per correlare, se è possibile, la malattia cutanea alle condizioni di questo? La risposta non pare dubbia, ed io credo perciò che sia doveroso questo indirizzo per necessità ovvie di diagnosi, di prognosi e di cura dello stesso stato morboso cutaneo: è chiaro infatti che se la dermatosi risponde a stato morboso interno, debba ciò venire definito nella enunciazione della diagnosi in quanto la dermatosi di per sè non è che un sintoma di un quadro nosografico che va al di là della pelle; così ad es. un eczema di uricemico, dovrà appunto venire così designato, in quanto gli eczemi possono appartenere a tante diverse condizioni dell'organismo. Si comprende facilmente che la prognosi della dermatosi sia per le manifestazioni in corso che per le recidive rimarrà del tutto subordinata alla natura ed alla durabilità di questa causa interna da cui origina.

Quanto alla *cura* è evidente che se una terapia sintomatica esterna può sempre essere utile e deve anzi farsi secondo le norme generali di terapia cutanea, a sua volta anche la cura contro le cause più profonde della dermatosi, suggerita dalla medicina interna generale e dei vari apparati, deve avere larga applicazione; soltanto una cura esterna e una cura interna razionalmente adoperata, e quando occorra associate secondo le indicazioni di una diagnosi integrale, potranno evitare quel vano *miracolismo terapeutico*, frutto diretto del puro morfologismo, che si preoccupa soltanto di fare scomparire il sintoma cutaneo e per il quale si susseguono con fortuna varia ed alterna vicenda a guisa di panacee dermatoterapeutiche medicamenti esterni come pomate, lozioni, applicazioni fisiche come la radio e radiumterapia, e anche medicamenti interni come la proteinoterapia. Ognuno intende facilmente quanto sia fallace la cura del solo sintoma; la sifilide ce ne offre un esempio ben convincente; chi infatti oserebbe dichiarare guarita questa infezione, se dietro una cura locale o generale fosse scomparsa una roseola, una papula od altre forme cutanee che vi appartengono? chi vorrebbe d'altra parte valutare l'efficacia di un medicamento, sia pure tanto utile come l'arsenobenzolo, ai fini supremi della guarigione dell'infezione costituzionale, dal fatto che esso fa scomparire rapidamente le manifestazioni visibili della malattia? *Mutatis mutandis*, lo stesso potrebbe dirsi ad es. di un eczema che certo ripete la sua origine in cause interne, se non del tutto almeno in gran parte, anche per chi vi attribuisce come causale fattori esterni e parassitari.

Ma l'indirizzo di clinica dermatologica integrale deve mirare oggi anche a mettere in valore il fatto cutaneo per vedere se e fino a qual punto esso possa nelle sue modalità esprimere veramente uno stato morboso interno: sta di fatto che certe forme cutanee hanno veramente

carattere di specificità, cioè sono esclusive di determinate malattie interne come ad es. il xantoma dei diabetici e degli epatici; ma di molte altre anzi del più grande numero ciò non è; ora per queste appunto occorre scrutare se certe loro modalità di morfologia, di decorso, possano indicare l'appartenenza all'una piuttosto che all'altra malattia interna; si è detto così che gli eczemi degli uricemici hanno particolari caratteri in confronto agli eczemi alimentari, agli eczemi uremici e così via. Ma tutto questo ha bisogno ancora di largo controllo. È evidente peraltro che la dermatologia in questo ordine di idee potrebbe fornire preziosi contributi alla medicina interna.

Permettetemi, prima di finire il mio dire, che io vi ricordi che in questa direttiva internista, la dermatologia non fa altro che riprendere un cammino, nel quale era stata iniziata, molto prima che in paesi d'oltralpe qui in Italia dai nostri maggiori, fra cui certo primeggiò proprio in Pisa il grande forlivese Gerolamo Mercuriale; egli nel 1592 venne ad insegnare (chiamatovi coll'onorifico titolo di *sopraordinario*) in questo glorioso Ateneo e dai suoi insegnamenti uscì, per cura di un discepolo — Paolo Aicardio — anche un Trattato «De morbis cutaneis» nel quale egli considerò spesso le malattie cutanee come sfoghi escrementizi di morbi interni e ciò in armonia alle idee che informavano la sua mentalità medica; perchè egli fu un convinto assertore dell'importanza del terreno nel determinarsi dei morbi; ed è noto appunto il suo dissenso con quell'altro grande del suo tempo, il Fracastoro *qui primus* (dice lo stesso Mercuriale) *aperuit oculos hominum ad intelligendum contagium* e che fu invece tenace propugnatore della importanza dei *corpuscoli infinitamente piccoli — seminaria contagiorum* — nel determinarsi delle malattie.

L'esempio del Mercuriale ebbe largo seguito quì in questa scuola pisana, perchè tutti i suoi successori cioè *lettori* prima, *clinici medici* poi coltivarono lo studio e l'insegnamento delle malattie cutanee; e di questi tempi relativamente recenti piacemi ricordare il clinico Fedele Fedeli, che valutando al giusto l'importanza della disciplina e la coltivò personalmente e compresane la importanza, ne provocò il distacco, come insegnamento, dalla clinica medica.

Che il ricordo di questi Italiani ci sia esempio luminoso di lavoro!

Pisa, 13 novembre 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

Policlinico Umberto I.
VIII Padiglione
diretto dal prof. Agostino Carducci.

Contributo allo studio sulla terapia della malaria con la cinconina.

Dott. Pietro Filippella, assistente.

Al 1821 risalgono i primi esperimenti sulla cura della malaria con la cinconina con Chemel e Double; negli anni seguenti fu sperimentata da varii Autori, con risultati contraddittori, alcuni avendo ottenuto risultati favorevoli, altri invece facendo delle riserve sulla sua azione specifica.

Fra i primi ricorderò il Bleynie, Pothier, Petroz, Marianini, Briquet; fra i secondi Laveran e Dougal fino al Mariani che concluse si dovesse usare nei casi di idiosincrasia per il chinino.

L'uso della cinconina non entrò così nella pratica, anzi nei varî trattati se si parla di essa, la si qualifica come un rimedio ad azione incerta.

Nel 1915 Mac-Gilchrist affermò che il solfato di cinconina per bocca è più efficace del solfato di chinino.

Nel 1918 Rogers studiò l'azione dei sali di cinconina somministrandoli per via endovenosa, sottocutanea e intramuscolare, trovando che per via intramuscolare e sottocutanea riescono quasi indolori e sono assorbiti rapidamente, sì da potere la loro azione essere equiparata a quella dei sali di chinino per via endovenosa.

Fu solo però durante la guerra che, stimolati dalla deficienza di chinino di fronte al gran numero di malarici da curare e agli individui da profilassare, le ricerche dei nostri studiosi furono rivolte a trovare negli alcaloidi secondarî della china un rimedio che potesse sostituire il chinino e trovandosi come più rispondente la cinconina su questa furono istituite le esperienze, tanto nel campo civile, come in quello medico-militare; nel primo studiano e riferiscono il prof. Ascoli con i suoi coadiutori prof. Pontano e Silvestri, nel secondo il prof. Dionisi e i dottori Sanguinetti e Ricci. Tutti concordano in risultati favorevoli: il prof. Ascoli mette in evidenza la tolleranza e l'azione favorevole della cinconina in due casi in cui la somministrazione di chinino aveva prodotto emoglobinuria.

Il prof. Silvestri, nel suo lavoro pubblicato nel dicembre 1921 sulla Sezione Medica del

« Policlinico », riporta le sue osservazioni concludendo oltre che per l'azione specifica della cinconina sulla malaria: 1° che il solfato di cinconina si assorbe e si elimina più rapidamente di quello di chinina; 2° che il primo non è più tossico del secondo; 3° che mentre negli esperimenti sugli animali la tossicità della chinina e della cinconina aumentano somministrandole contemporaneamente, nell'uomo invece si ha una resistenza maggiore a questo miscuglio.

Ultimamente nel fascicolo 38 della Sezione Pratica del « Policlinico » del c. a. il dottor Amantea, pure della Clinica Medica, pubblicava vari casi di malarici curati con buon esito con la cinconina.

Il prof. Carducci volle anche lui esperimentare il detto rimedio somministrandola ai malarici che venivano di volta in volta ricoverati nel Padiglione da lui diretto e incaricò me della somministrazione e dell'osservazione dei malati stessi.

Ho adoperato il solfato di cinconina fornito in compresse dal Ministero della Guerra.

Riporto alcuni estratti delle cartelle cliniche dei malarici così curati.

CASO I. — Giuseppe A., anni 25. Malato da 3 giorni con febbre a tipo intermittente. Entra il 7 luglio 1922. Con l'esame di sangue si fa diagnosi di terzana primaverile.

Diario: 7 luglio, ore 16, t. 36.5; ore 20, t. 37.5; ore 24, t. 38.6.

8 luglio, ore 4, t. 38; ore 8, t. 37.5 (Cinconina gr. 1.40 in tre carte, una ogni tre ore); ore 12, t. 40.3; ore 16, t 40.7; ore 20, t. 37.6; ore 24, t. 37.5.

9-11 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1.40 *pro die*.

12-15 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1 *p.d.*

Durante la cura nessun disturbo.

CASO II. — Cesare B., anni 23. Nel 1918 sul Piave s'infettò di malaria durata 3 mesi. Malato da otto giorni con febbre a tipo terzanario: entra l'8 luglio 1922. L'esame di sangue dimostra presenza di parassiti della terzana primaverile.

Diario: 8 luglio: Apiressia.

9 luglio, ore 12, t. 39.6; ore 16, t. 37.9 (Cinconina, gr. 1.40); ore 24, t. 36.5.

10 12 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1.40 *pro die*.

13 16 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1 *p.d.*).

Nessun disturbo durante la cura.

CASO III. — Enrico S., anni 28. Infettatosi di malaria nella Maremma romana nel 1916; nella estate degli anni successivi ha avuto degli accessi per 15-20 giorni. Malato da 4 giorni con febbre a tipo terzanario. Entra il 15 luglio 1922. L'esame di sangue dimostra la presenza di anelli della terzana estivo-autunnale.

Diario: 15 luglio, ore 16, t. 39.6 (Cinconina gr. 1.60; ore 20, t. 40.1; ore 24, t. 36.4.

16 luglio, ore 4, t. 36.8; ore 8, t. 36.3 (Cinconina gr. 1.60); ore 12, t. 36.8; ore 16, t. 37.3; ore 20, t. 38.8; ore 24, t. 38.5.

17 luglio, ore 4, t. 38; ore 8, t. 37.2 (Cinconina gr. 1.60); ore 12, t. 37; ore 16, t. 39; ore 20, t. 40.8 (Chinino gr. 0.50 per iniezione); ore 24, t. 39.1.

18-20 luglio: Apiressia (Chinino gr. 1 per iniezione).

21-22 luglio: Apiressia (Chinino gr. 1.50 per os.).

23-24 luglio: Apiressia (Chinino gr. 1 p. os.).

25-29 luglio: Apiressia (sospeso il chinino).

CASO IV. — Remo M., anni 20. Malato da 5 giorni con febbre intermittente: entra il 19 luglio 1922. L'esame del sangue dimostra parassiti della terzana primaverile con varie generazioni.

Diario: 19 luglio, ore 16, t. 39.6; ore 20, t. 38.6; ore 24, t. 37.

20 luglio, ore 4, t. 36.6; ore 8, t. 36.5 (Cinconina gr. 1.50); ore 12, t. 36.2; ore 16, t. 38.1; ore 20, t. 39; ore 24, t. 37.4.

21 luglio, ore 4, t. 38.5; ore 8, t. 38 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 40.9; ore 16, t. 38.1; ore 20, t. 36.7; ore 24, t. 37.5.

22 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 2).

23-24-25 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*).

Nessun disturbo.

CASO V. — Tullio S., anni 24. Nel 1920 a Grado contrasse infezione malarica e fu malato per 2 mesi. Malato da 4 giorni con febbre a tipo quotidiano. Entra il 21 luglio 1922. L'esame di sangue non dimostra parassiti malarici.

Diario: 21 luglio, ore 12, t. 39.7; ore 16, t. 39.2; ore 20, t. 38.1; ore 24, t. 38.7.

22 luglio, ore 4, t. 37.7; ore 8, t. 37.6 (esame di sangue = anelli della terzana estivo-autunnale); ore 12, t. 37.2 (Cinconina gr. 2); ore 16, t. 37; ore 20, t. 36.8.

23-24-25 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 2 *pro die*).

26-27-28-29-30 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*).

Nessun disturbo durante la cura.

CASO VI. — Angelo S., anni 47. Malato da 4 giorni con febbri quotidiane. Nel 1917 malaria per 4 mesi. Entra il 30 luglio 1922. L'esame di sangue dimostra i parassiti della terzana primaverile (varie generazioni).

Diario: 30 luglio, ore 16, t. 38.9; ore 20, t. 38.9; ore 24, t. 38.5.

31 luglio, ore 4, t. 38.7; ore 8, t. 38 (Cinconina gr. 1.50); ore 12, t. 39.6; ore 16, t. 38.4; ore 20, t. 38.7; ore 24, t. 37.1.

1° agosto, ore 4, t. 36.9; ore 8, t. 36.6 (Cinconina gr. 1.50); ore 12, t. 36.4; ore 16, t. 39; ore 20, t. 39.7; ore 24, t. 38.8.

2 agosto, ore 4, t. 38.6; ore 8, t. 38.1 (Chinino gr. 1.50); ore 12, t. 37.2; ore 16, t. 37.5; ore 20, t. 37; ore 24, t. 36.

3 agosto, ore 16, t. 37.7 (Chinino gr. 1.50).

4-5 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1.50).

6 agosto, solo alle ore 20 e 24, t. 37.8-37.5.

7-8-9-10: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*).

11 agosto, solo alle ore 24, t. 37.8 (Cinconina gr. 1.50).
12 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 1.50).
13 agosto, solo alle ore 20, t. 39.8 (Cinconina gr. 1.50).
14 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1.50).
15 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1.50).
16 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1).
17 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1).
18-19 agosto: Apiressia (senza medicamenti).
Nessun disturbo.

CASO VII. — Alberto F., anni 34. Malato da 4 giorni con febbre tipo subcontinuo; dimorando in zona malarica da vario tempo prendeva quotidianamente 5-8 pastiglie di chinino. Entra l'8 agosto 1922. L'esame del sangue dimostra presenza di anelli della terzana estivo-autunnale.

Diario: 8 agosto, ore 12, t. 39.4; ore 16, t. 37.7 (Cinconina gr. 2.40); ore 20, t. 36.6; ore 24, t. 36.4.
9 agosto, ore 4, t. 36.5; ore 8, t. 36.4 (Cinconina gr. 2.40); ore 12, t. 36.8; ore 16, t. 39.6; ore 20, t. 39; ore 24, t. 38.1.
10 agosto, ore 4, t. 36.7; ore 8, t. 37.3 (Chinino gr. 1). Apiressia.
11-12-13-14 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1 *pro die*).

CASO VIII. — Romeo F., anni 23. Nel 1918 contrasse infezione malarica: gli accessi febbrili durarono circa un mese e furono curati con chinino. Nel 1921 si ripetè ancora. Malato da 20 giorni con febbre intermittente terzanaria. Entra il 12 settembre 1922. L'esame del sangue riesce positivo per i parassiti della terzana primaverile.

Diario: 12 settembre, ore 16, t. 37.1 (Cinconina gr. 2); ore 20, t. 36.4; ore 24, t. 36.1.
13 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 2.50).
14-18 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 2).
19 settembre: si ha un 37.3 alle ore 12 (Cinconina gr. 1.50).
20 settembre: si ha un 37.2 alle ore 16 (Cinconina gr. 1.50).
21 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 1.50).
22-25 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 1).
Nessun disturbo durante la cura.

CASO IX. — Gino P., anni 29. Malato da 4 giorni con febbre intermittente preceduta da brivido e cadente con sudore. Entra il 17 settembre 1922. Con l'esame di sangue si fa diagnosi di terzana primaverile.

Diario: 17 settembre, ore 20, t. 39.8; ore 24, t. 37.7.
18 settembre, ore 4, t. 37.4; ore 8, t. 36.6 (Cinconina gr. 1.50); ore 12, t. 36.3; ore 16, t. 36.2; ore 20, t. 37.9; ore 24, t. 37.6.
19 settembre, ore 4, t. 38.4; ore 8, t. 38.9 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 37.8; ore 16, t. 37.1; ore 20, t. 36.5; ore 24, t. 36.9.
20-21 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 2 *pro die*).
22-25 settembre: Apiressia (Cinconina grammi 1.50 *pro die*).

CASO X. — Germano B., anni 28. Un anno fa si infettò di malaria. Da tre mesi febbri irregolarmente intermittenti. Entra il 13 agosto 1922. All'esame del sangue scarsi anelli di terzana estivo-autunnale.

Diario: 13 agosto, ore 12, t. 38.4; ore 16, t. 37.8; ore 20, t. 36.8; ore 24, t. 38.9.
14 agosto, ore 4, t. 37.7 (Cinconina gr. 2.50); ore 8-24: Apiressia.
15-16 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 2.50 *pro die*).
17-19 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*).
Nessun disturbo.

CASO XI. — Giovanni E., anni 27. Nel 1915 contrasse malaria sotto le armi e venne curato con chinino. Malato da otto giorni con febbre preceduta da brivido e cadente con sudore a tipo quotidiano. Entra il 25 agosto 1922. L'esame di sangue dimostra due generazioni di parassiti della terzana primaverile, determinanti la forma clinica della terzana doppia.

Diario: 25 agosto, ore 12, t. 36.3; ore 16, t. 40.5 (Cinconina gr. 2); ore 20, t. 39.2; ore 24, t. 37.4.
26 agosto, ore 4-8: Apiressia (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 38; ore 16, t. 39.9; ore 20, t. 39.4; ore 24, t. 36.
Dal 27 al 31 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*).
1-2 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 1 *pro die*).
Nessun disturbo.

CASO XI. — Annita M., anni 5. Malata da 7 giorni con febbre intermittente preceduta da brivido. Entra in Ospedale il 13 luglio 1922. All'esame del sangue presenza di anelli di terzana estivo-autunnale.

Diario: 13 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 0.80).
14 luglio, ore 12, t. 37.2; ore 16, t. 38.9; ore 20, t. 39; ore 24, t 38.5.
15 luglio, ore 8-16: Apiressia (Cinconina gr. 0.80); ore 20, t. 37.5; ore 24, t. 39.6.
16 luglio, ore 4, t. 37.9; ore 8, t. 39 (Cinconina gr. 0.80); ore 12, t. 39.1; ore 16, t. 39.5; ore 20, t. 38.1; ore 24, t. 36.
17 luglio, ore 8-12: Apiressia (Cinconina gr. 0.80); ore 16, t. 37.3; ore 20, t. 39; ore 24, t. 39.4.
18 luglio, ore 4, t. 37; ore 8, t. 37.2 (Cinconina gr. 1); ore 12, t. 37; ore 16, t. 37; ore 20-24, t. 36.4.
19 luglio: Apiressia (Cinconina gr. 1).
20 luglio, ore 4, t. 37.2; ore 8-24: Apiressia (Cinconina gr. 1).
21-23 luglio: Apiressia (sospesa la Cinconina).
24 luglio, ore 4, t. 37.4; ore 8, t. 36.8 (Cinconina gr. 1); ore 16, t. 38.7; ore 20, t. 39.4; ore 24, t. 38.4.
25 luglio, ore 4, t. 37; ore 8, t. 37.5 (Cinconina gr. 1); ore 12, t. 36.8; ore 16, t. 38; ore 20, t. 38; ore 24, t. 37.2.
26 luglio, ore 4, t. 37.6; ore 12, t. 36.8 (Cinconina gr. 1; all'esame del sangue numerosi anelli di estivo-autunnale); ore 16, t. 36.7; ore 20, t. 38 (Chinino gr. 0.50); ore 24, t. 37.2.
27-31 luglio: Apiressia (Chinino gr. 0.50 *pro die*).
1-2 agosto: Apiressia (Chinino gr. 0.50 *pro die*).
3-6 agosto: Apiressia (sospeso il Chinino).

CASO XII. — Francesca M., anni 28. Due anni avanti febbre intermittente a tipo terzanario cessata col chinino. Malata da 4 giorni con febbre alta insorta con brivido. Entra il 4 agosto 1922. Con l'esame del sangue si fa diagnosi di terzana estivo-autunnale.

Diario: 4 agosto, ore 16, t. 36.5; ore 24, t. 37.5.

5 agosto, ore 4, t. 38.5; ore 8, t. 40.1 (Cinconina gr. 2.40); ore 12, t. 40.1; ore 16, t. 39.5; ore 20, t. 39.5; ore 24, t. 36.4.

6 agosto, ore 4-16: Apiressia (Cinconina gr. 2.40); ore 20, t. 37.3; ore 24, t. 36.2.

7 agosto, ore 4, t. 36.2; ore 8, t. 37.8 (forte cefalea; obnubilamento della vista; sospesa la cinconina; chinino gr. 1 per iniezione); ore 12, t. 39.5; ore 16, t. 38.2; ore 20, t. 37.2; ore 24, t. 36.9.

8 agosto, ore 4-16: Apiressia (Chinino gr. 1 per iniezione); ore 20, t. 37.5; ore 24, t. 37.2.

9 agosto, ore 4-8: Apiressia (Chinino gr. 1 per bocca); ore 12, t. 38.4; ore 16, t. 38.4; ore 20, t. 37.6; ore 24, t. 36.6.

10-12 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1.50 *pro die*).

CASO XIII. — Leonilde G., anni 29. Malata da 18 giorni con febbre alta continua. Entra in Ospedale il 15 agosto 1922. L'esame del sangue dà presenza di anelli di terzana estivo-autunnale.

Diario: 15 agosto, ore 16, t. 36.4 (Cinconina gr. 2.50); ore 20, t. 39; ore 24, t. 38.2.

16 agosto, ore 4, t. 38; ore 8-20: Apiressia (Cinconina gr. 2.50); ore 24, t. 38.4.

17 agosto, ore 4, t. 38.2; ore 8, t. 38.3 (stato soporoso; chinino gr. 1.50 per iniezione); ore 12, t. 37.3; ore 16, t. 37; ore 20, t. 36.4; ore 24, t. 37.1.

18-23 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1.50 *pro die*).

24-28 agosto: Apiressia (sospeso il chinino).

29-30 agosto: Apiressia (Chinino gr. 1 *pro die*).

CASO XIV. — Vincenzo R., anni 26. Malato da circa 10 giorni con febbre a tipo irregolare. Entra il 26 agosto 1922. Diagnosi: terzana primaverile.

Diario: 26 agosto: Apiressia.

27 agosto, ore 16, t. 38 (Cinconina gr. 2).

28 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 2).

29 agosto, ore 4-16: Apiressia (Cinconina gr. 2); ore 20, t. 37.2 (Cinconina gr. 2).

30 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 1).

31 agosto: Apiressia (Cinconina gr. 1).

1-2 settembre: Apiressia (Cinconina gr. 1). Nessun disturbo.

CASO XV. — Giacomo G., anni 45. Quattro anni or sono in servizio militare s'infettò di malaria a tipo terzanario; fu malato per circa un anno: curato con chinino. Malato da circa 20 giorni con febbre a tipo terzanario. Entra il 19 ottobre 1922. Aii'esame del sangue si riscontrano rari anelli di terzana estivo-autunnale con qualche rarissima semiluna.

Diario: 19 ottobre, ore 16, t. 37.5; ore 20, t. 37; ore 24, t. 36.8.

20 ottobre: Apiressia

21 ottobre: Apiressia fino alle ore 20; ore 20, t. 37.2; ore 24, t. 37.2.

22 ottobre: Apiressia.

23 ottobre: Apiressia fino alle ore 20; ore 20, t. 37.8; ore 24, t. 38.

24 ottobre: Apiressia fino alle ore 16 (Cinconina gr. 1.50); ore 16, t. 37.2; ore 20, t. 37.5; ore 24, t. 37.4.

25 ottobre, ore 4, t. 37.3; ore 12, t. 37.6 (Cinconina gr. 1.50); ore 16, t. 37.4; ore 20, t. 37.2; ore 24, t. 37.5.

26 ottobre: Apiressia fino alle ore 20 (Cinconina gr. 1.50); ore 20, t. 37.5; ore 24, t. 36.8.

27-28-29-30-31: Apiressia (Cinconina gr. 1 al giorno).

CASO XVI. — Caterina G., anni 25. Malata da sei giorni con febbre alta, continua, leggermente remittente al mattino e insorta con intenso brivido; cefalea; fortissimo dolore alla regione occipitale sinistra. Ha con sè una bambina lattante di tre mesi malata anch'essa con febbre alta e diarrea da otto giorni. Entra il 25 ottobre 1922. L'esame del sangue tanto della madre come della bambina dimostra trattarsi di una infezione malarica estivo-autunnale.

Diario: 25 ottobre, ore 16, t. 40.1 (Cinconina gr. 2 in tre dosi ogni 4 ore); ore 20, t. 38.3 (Piramidone centigr. 25); ore 24, t. 36.5.

26 ottobre: Apiressia (Piramidone ctgr. 25). Cinconina gr. 2.

27 ottobre: ore 8, t. 37.2 (Piramidone centigr. 25). Cinconina gr. 2; ore 16, t. 37.5; ore 20, t. 38.5; ore 24, t. 38.4.

28 ottobre, ore 4, t. 40.3; ore 8, t. 40 (Cinconina gr. 2.40); ore 12, t. 38.3; ore 16, t. 38.3 (la nevralgia occipitale è cessata); ore 20, t 36.2.

29 ottobre: Apiressia (Cinconina gr. 2.40).

30-31 ottobre: Apiressia (Cinconina gr. 2 *pro die*).

1-2 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 2 *pro die*).

3-8 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*).

9-15 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 1 *pro die*).

Per la bambina bisognò ricorrere alle iniezioni di congrue dosi di chinino.

CASO XVII. — Caterina F., anni 18. Malata da un giorno con febbre alta insorta con brivido di freddo, accompagnata da forte cefalea e delirio. Ebbe la durata di 10 ore cadendo con sudore profuso. È amenorroica da 5 mesi. Entra il 31 ottobre 1922 alle ore 16: apirettica. All'esame obbiettivo risulta gravida al 5° mese. All'esame del sangue si riscontrano anelli di terzana estivo-autunnale. Si somministra gr. 1.20 di cinconina; il giorno appresso ha un forte accesso iniziatosi nelle prime ore e durato fino alle prime ore del giorno seguente. Si somministrano gr. 2 di cinconina. Nei giorni seguenti si somministrano gr. 2 di cinconina per tre giorni e poi fino al giorno 11 novembre gr. 1.50 al giorno. La febbre non si è più ripresentata e l'ammalata ha sopportato senza alcun disturbo la cura anche per ciò che riflette la gravidanza.

CASO XVIII. — Ambrogio P., anni 49. Malato da circa sei giorni con febbre. Condizioni generali gravi. Sensorio obnubilato: profonda oligoemia. L'esame del sangue dimostra la presenza di anelli della terzana estivo-autunnale. L'esame dell'urina dà presenza di albumina e nel sedimento si riscontrano numerosi cilindri granulosi e qualcuno jalino-granuloso. Il primo giorno si somministrano gr. 2 di chinino per iniezione e gr. 1.50 per bocca; il secondo giorno gr. 1.50 dello stesso per iniezione e gr. 1.50 per bocca; il terzo giorno si ha apiressia seguitando con gr. 1 di chinino per iniezione, gr. 0.50 per bocca ed aggiungendo gr. 1.50 di cinconina, ripetendo le stesse dosi il quarto, quinto e sesto giorno, restando l'infermo apirettico e riacquistando la lucidità della mente; il settimo, ottavo, nono e decimo giorno si danno gr. 1 rispettivamente di chinino e cinconina per bocca e si prosegue poi con gr. 1 di cinconina *pro die* per altri nove giorni, sospendendo allora la cinconina ed iniziando una cura ferro-arsenicale per iniezione. Dopo un intervallo di cinque giorni si somministra per altrettanti giorni gr. 1.50 di cinconina *pro die*: si risospende per altri 4 giorni e si ripiglia la cura con la stessa dose per altrettanti giorni; dopo i quali l'infermo resta ancora in Ospedale per quattro giorni senza cura. Esce molto migliorato nelle condizioni generali e nella sanguificazione, non essendosi più presentata la febbre durante la cura perfettamente tollerata.

CASO XIX. — Antonio G., anni 22. Malato da sei giorni con attacchi di febbre quotidiani. Entra il 24 ottobre 1922. In base all'esame di sangue e al decorso della temperatura si fa diagnosi di terzaria primaverile doppia duplicata.

Dopo somministrazione di due grammi di cinconina si ha l'apiressia che si continua con la stessa dose del rimedio nei successivi 15 giorni senza che l'ammalato accusi alcun disturbo.

CASO XX. — Pietro M., anni 27. All'età di 12 anni febbri malariche durate circa tre mesi e scomparse col chinino. Malato da circa 5 giorni con febbre quasi continua. Entra il 27 ottobre 1922. L'esame del sangue dimostra la presenza di due generazioni di parassiti della terzana primaverile (terzana doppia). Dopo un giorno dalla somministrazione di 2 gr. di cinconina si ha apiressia che si continua, seguitando sempre nella stessa dose, nei successivi cinque giorni in cui l'infermo resta ricoverato in Ospedale, senza alcuna tolleranza.

CASO XXI. — Vincenzo D., anni 17. Ammalato da 15 giorni con febbre preceduta da brivido a tipo continuo con remissioni mattutine accompagnate da sudori. Entra il 13 ottobre 1922. Nel sangue si riscontrano numerosissimi anelli di terzana estivo-autunnale.

Diario: 13 ottobre, ore 12, t. 39.8; ore 16, t. 39.7; ore 20, t. 38.5; ore 24, t. 39.

14 ottobre, ore 4, t. 39.3; ore 8, t. 39.8 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 39.5; ore 16, t. 38.9; ore 20, t. 38; ore 24, t. 38.8.

15 ottobre, ore 4, t. 37.9; ore 8, t. 38.1 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 40; ore 16, t. 40.3; ore 20, t. 38.4; ore 24, t. 37.4.

16 ottobre, ore 4, t. 37; ore 8, t. 36.8 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 37.4; ore 16, t. 38.1; ore 20, t. 38; ore 24, t. 37.8.

17 ottobre, ore 4, t. 36.8; ore 8, t. 37.7 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 37 (accusa lieve obnubilamento della vista e cefalea); ore 16, t. 37.3; ore 20, t. 37.

18-20 ottobre: Apiressia (Cinconina gr. 1.50 *pro die*; è cessato l'obnubilamento della vista e la cefalea).

21-29 ottobre: Apiressia (Cinconina gr. 1 *pro die*).

30 ottobre: Apiressia (eccettuato 37.3 alle ore 16; accusa obnubilamento della vista: si sospende la cura).

31 ottobre: Apiressia (i disturbi della vista sono cessati).

1 novembre, ore 4, t. 36.5; ore 8, t. 37.2; ore 12, t. 37.2 (nel sangue: scarsi anelli di *plasmodium precox*); ore 16, t. 38.7 (Cinconina gr. 1.20); ore 20, t. 39; ore 24, t. 37.5.

2 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 1.50).

3 novembre, ore 4, t. 37.6; ore 8, t. 37.3 (Cinconina gr. 1.50); ore 12, t. 36.5; ore 16, t. 36.7; ore 20, t. 38.5; ore 24, t. 37.4.

4 novembre: Apiressia fino alle ore 24 (Cinconina gr. 1); ore 24, t. 38.3.

5 novembre, ore 4, t. 38.3; ore 8, t. 38.3; ore 12, t. 38.4 (Cinconina gr. 1); ore 16, t. 37.7; ore 20, t. 37.5; ore 24, t. 37.4.

6-8 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 1 *pro die*).

9 novembre: Apiressia fino alle ore 16; ore 16, t. 38.2 (Cinconina gr. 1); ore 20, t. 37.8; ore 24, t. 36.2.

10 novembre: Apiressia.

11 novembre, ore 4, t. 37.4; ore 8, t. 37.3; ore 12, t. 37.5; ore 16, t. 39.2; ore 20, t. 39.3; ore 24, t. 37.2.

12 novembre, ore 4, t. 36.3; ore 8, t. 36.3 (esame del sangue: scarsissimi anelli di *plas. precox;* Cinconina gr. 1.60 ad ogni somministrazione della quale ha avuto vomito); ore 12, t. 36.4; ore 16, t. 39.2; ore 20, t. 39.3; ore 24, t. 38.5.

13 novembre, ore 4, t. 38.4; ore 8, t. 37.8 (Cinconina gr. 2); ore 12, t. 36.8; ore 16, t. 39.1; ore 20, t. 38.5; ore 24, t 38.9.

14 novembre: Apiressia, eccetto un 37.6 alle ore 24. (Cinconina gr. 2).

15 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 2).

16 novembre: Apiressia (Cinconina gr. 1).

CASO XXII. — Aristide C., anni 26. Malato da 10 giorni con febbre alta a tipo irregolare. Entra il 1° ottobre. L'esame del sangue dà presenza di anelli della terzana estivo-autunnale e di semilune. L'ammalato è fortemente anemizzato.

1 ottobre: Apiressia.

2 ottobre, ore 4, t. 37.6; ore 8, t. 37.8 (Solfato di cinconina gr. 2); ore 12, t. 37.5; ore 20, t. 36.9; ore 24, t. 37.4.

3 ottobre, ore 4, t. 38; ore 8, t. 38.4 (Solfato di cinconina gr. 2); ore 12, t. 36.9; ore 12-24: Apiressia.

Dal 4 al 13 ottobre: Apiressia (Solfato di cinconina gr. 2 *pro die*).

14 ottobre, ore 4, t. 36.9; ore 8, t. 36.5 (forte cefalea e obnubilamento della vista: sospende

la cinconina); ore 12, t. 36.8; ore 16, t. 38.3; ore 20, t. 38.5; ore 24, t. 36.8.

15 ottobre, ore 4, t. 36.5; ore 8, t. 36.6: persiste cefalea e obnubilamento della vista; accusa pure ottundimento dell'udito; nel sangue numerosi anelli della terzana estivo-autunnale); ore 12, t. 36.8; ore 16, t. 38.3 (Chinino gr. 1 per iniezione; gr. 0.50 per bocca); ore 20, t. 39.5; ore 24, t. 39.

16 ottobre, ore 4, t. 37.1; ore 8, t. 36.7 (Chinino gr. 2); ore 12, t. 37.4.

Dal 17 al 19 ottobre: Apiressia (Chinino gr. 1.50 *pro die*).

Dal 20 al 21 ottobre: Apiressia (Cinconina gr. 2 *pro die*).

22 ottobre: Apiressia (sospende la cinconina, accusando cefalea).

Dal 23 al 25 ottobre: Apiressia.

CASO XXIII. — Vasco G., anni 22. Uscito 15 giorni fa dalla Clinica Medica di Roma, ove era stato ricoverato per febbre malarica a tipo intermittente quotidiana, insorta un mese e mezzo prima. Nove giorni or sono è stato ripreso da febbre alta preceduta da brivido di freddo con lo stesso tipo precedente. Entra il 28 settembre 1922. Dopo un periodo di osservazione, fatta diagnosi in base alla curva termica ed all'esame di sangue, di infezione malarica mista (terzana primaverile ed estivo-autunnale) si inizia la cura con il solfato di cinconina alla dose di gr. 2 *pro die*. Dopo due giorni si ha apiressia. Al 4° giorno nel sangue si riscontrano ancora rare semilune e qualche raro anello di estivo-autunnale. Al 7° giorno si ha un nuovo accesso leggero col massimo di 37.9 continuando a somministrare gr. 2 di cinconina al giorno e al 9° giorno un altro accesso col massimo di 37.4. Al 13° giorno, accusando cefalea e obnubilamento della vista, si sospende la cinconina. Tali disturbi durano per un paio di giorni in cui si continua l'apiressia. Al 15° giorno lievi elevazioni termiche (massimo 37.3) e così al 17° giorno (massimo 37.6). Al 18° giorno si riprende la cinconina (gr. 1.50) e si ha un accesso col massimo di 38.5 che si ripete il giorno appresso col massimo di 39.5 e con forte brivido di freddo; l'esame del sangue dimostra la presenza di forme anulari estivo-autunnali. Il 20° e il 21° giorno si danno gr. 2 di cinconina, avendo apiressia. Il 22° giorno si scende ad un grammo. Al 7° giorno dall'ultimo accesso con un grammo di cinconina al giorno si ha febbre col massimo di 37.7 e dopo 4 giorni un altro accesso col massimo di 38.7, con reperto di anelli di estivo-autunnale nel sangue. Si sospende la cinconina e si ripiglia dopo 4 giorni alla dose di 2 grammi: trascorsi sei giorni si ha nuovamente cefalea e obnubilamento della vista per cui si risospende la cura mantenendosi l'infermo apirettico.

Dopo 11 giorni dall'ultimo accesso se ne ripete un altro (massimo 38.1) e un secondo il giorno appresso (massimo 38.5) con esame del sangue negativo; un terzo e un quarto accesso nei due giorni seguenti con anelli di terzana estivo-autunnale nel sangue (massimo 38.6). Si ripiglia la cura cinconinica con gr. 2 *pro die* ottenendosi l'apiressia. Al 7° giorno da quest'ultimo accesso si ha un 37.7; l'esame del sangue, eseguito dopo 8 ore, fa rilevare la presenza di anelli estivo-autunnali. Si sospende la cinconina. Il giorno appresso si ha un attacco col massimo di 39.7 con lo stesso reperto nel sangue e seguono poi due accessi a giorni alterni col reperto di anelli di estivo-autunnale e di semilune finchè somministrando gr. 1.50 di chinino si ha apiressia. Al 7° giorno, continuando a somministrare gr. 1.50 di chinino per bocca, si ha un 37.1, ma nel sangue non si riscontrano parassiti pirogeni, solo si vede qualche semiluna. Si continua ancora con gr. 1.50 di chinino per 4 giorni; al 4° giorno si trovano ancora molte semilune nel sangue; al 5° giorno si danno gr. 2.40 di cinconina con un 37.2 e la stessa dose si ripete al 6° e al 7° giorno in cui si ha un 37.2 con presenza di semilune e di anelli di estivo-autunnale nel sangue. Si riprende la cura col chinino che si continua per 20 giorni alla dose di gr. 1.50 non avendo l'infermo il minimo rialzo termico, essendo la cura ben tollerata e non riscontrando nei ripetuti esami di sangue che qualche rarissima semiluna.

Come rilevasi dall'esame dei casi surriportati la cinconina è stata somministrata nelle più diverse forme di infezione malarica. Vi sono infatti compresi casi di infezione primitiva e recidiva, di terzana primaverile nelle sue varie forme cliniche, di terzana estivo-autunnale. Riguardo agli infermi alcuni sono di sesso femminile, fra i quali una donna gravida al 5° mese ed una col bambino al seno pure esso malarico, altri di sesso maschile ed una bambina di 5 anni. In un caso di estivo-autunnale subcomatosa la cinconina è stata adoperata da principio in associazione col chinino ed in seguito da sola.

In tutti i casi di terzana primaverile si è avuta con le prime dosi del rimedio la caduta della febbre senza più ricomparsa per il periodo durante il quale i malati sono rimasti sotto la nostra osservazione, in alcuni anche lasciando dopo un certo tempo la cura.

Anche varî casi di terzana estivo-autunnale si sono comportati come sopra, mentre in qualche altro caso si è avuta una resistenza speciale anche dopo somministrazione a forti dosi e con cura protratta, cedendo invece queste forme alle consuete dosi di chinino.

Molto istruttivo è a questo proposito l'ultimo caso riportato, in cui trattavasi della forma mista. In esso la terzana primaverile si è comportata come di regola, mentre l'estivo-autunnale ha avuto svariate recidive che si sono manifestate non solo dopo periodi in cui si era dovuta sospendere la cinconina per fenomeni di intolleranza, ma anche sotto l'azione della cinconina stessa. Ad un certo periodo, sospesa la cinconina e somministrato il chinino per 11 giorni, si ha apiressia; dopo

di che, ripigliata la cinconina alla dose di gr. 2.40 e somministratala per tre giorni, si hanno due lievi rialzi termici al 1° e al 3° giorno con presenza in quest'ultimo di parassiti pirogeni nel sangue. Ripigliato il chinino non si è avuta più febbre nè si sono più riscontrati parassiti nel sangue.

La cinconina è stata in genere ben sopportata anche dalla donna gravida, non determinando mai disturbi gastro-enterici, nè alcunchè a carico del rene anche in un caso in cui vi era risentimento di quest'organo: solo in qualche caso, anche dopo le prime dosi, benchè non molto alte e refratte, ha determinato cefalea e obnubilamento della vista, tanto da obbligare a sospenderne la somministrazione. In un solo caso ronzio agli orecchi.

In un caso in associazione col chinino è stata ben sopportata. La dose giornaliera ha oscillato da un minimo di gr. 1.50 ad un massimo di gr. 2.50, dose in genere anche questa sopportata senza disturbi. Nella bambina non si è sorpassata la dose di gr. 1, non ottenendosi con questa dose l'effetto desiderato, ottenuto invece con gr. 0.50 di chinino.

Il caso della donna con bambino lattante ha insegnato che la sostanza non si elimina col latte o se si elimina solo in piccole tracce non terapeutiche, non avendo risentito alcun effetto il bambino, pure esso malarico, che dopo qualche tempo dovette essere curato con iniezioni di chinino.

CONCLUSIONI.

Limitatamente ai casi osservati concludo:

1° che la cinconina può adoperarsi in sostituzione del chinino, con la sicurezza di ottenerne gli stessi vantaggi terapeutici, nei casi di infezione malarica primaverile. Ciò rappresenta certamente un vantaggio economico, dato che fino ad ora l'alcaloide in questione, secondario della china, era un prodotto inutilizzato;

2° che per le forme estivo-autunnali, qualora non si tratti di forme gravi che richiedano una cura immediata, energica ed intensa per mettere in salvo la vita del paziente, si può cominciare con la cura cinconinica, riservandosi a ricorrere al chinino qualora in forme ostinate e ribelli essa non rispondesse allo scopo;

3° che la cinconina si può adoperare anche in associazione col chinino con risultati soddisfacenti.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sui tumori midollari.

(C. FRAZIER e W. SPILLER. *Jour. A. M. A.*, 23 settembre 1922).

I tumori spinali sono sei volte meno frequenti dei cerebrali, ma la proporzione degli operabili è assai più alta. Nei quattordici casi degli AA. la diagnosi certa fu stabilita in media dopo oltre due anni dai sintomi iniziali.

In tredici casi il primo e principale sintoma fu il dolore: vi sono però casi che decorrono indolori. La sede iniziale del dolore è buon sintomo di localizzazione; con l'estendersi del processo il dolore poi si diffonde, ma può avere occasionali remissioni, che, se coincidono con interventi terapeutici possono venir considerate a torto utile effetto di questi. In quattro casi trascorsero più di tre anni, ed in tre casi trascorsero più di due anni tra l'inizio dei dolori ed i primi sintomi a carico della motilità. Il dolore è il sintomo ingannatore che spesso fuorvia la diagnosi in primo tempo, e talora fa compiere inutili operazioni addominali. I più frequenti errori diagnostici sono:

Morbo di Pott, se il dolore è associato ai movimenti del collo.

Reumatismo, se il dolore è riferito alla spalla.

Nevrite, se viene riferito alla spalla e al braccio.

Angina pectoris, se viene riferito al precordio.

Colelitiasi, se viene riferito alla parte alta dell'addome.

Appendicite, se viene riferito alla parte bassa dell'addome.

Sciatica, se viene riferito agli arti inferiori.

Un dolore a localizzazione definita, aggravato dal movimento, dalla tosse, e dallo starnuto, persistente, con remissioni occasionali, che non varia di estensione per molto tempo e non cede agli usuali rimedi, deve far sospettare un tumore midollare.

Il secondo sintoma per importanza e per ordine di comparsa furono i disturbi sensoriali soggettivi. Le parestesie possono essere bilaterali (compressione del midollo), mentre il dolore è unilaterale (compressione delle radici).

Nella descrizione classica del decorso clinico dei tumori spinali vi è un primo periodo dei dolori radicolari, un secondo periodo della sindrome di Brown Séquard, ed un terzo pe-

riodo delle paralisi di moto e di senso. Ma la sindrome di Brown-Séquard tipica può mancare, come mancava in tutti i casi degli AA. In un solo caso vi era paresi di un arto superiore, negli altri paresi o di uno o di entrambi gli arti inferiori.

I disturbi motori s'iniziano spesso con una goffaggine di una mano o un piede; l'ipertonia precede la debolezza o la paralisi. In tre casi si giunse ad una vera paraplegia spastica.

La massima parte dei tumori spinali sono situati lateralmente: nei casi degli AA. nove tumori erano antero o postero-laterali.

Il blocco spinale è un sintoma piuttosto tardivo. Xantocromia vi fu in cinque casi, che durarono da tre a cinque anni. Il blocco spinale va sempre ricercato anche prima della xantocromia coi metodi di Queckenstedt e di Ayer, ma l'assenza non esclude, e la presenza non afferma indubbiamente un tumore.

La diagnosi segmentale si fonda sul livello dell'anestesia, sulla sede del dolore irradiato, sui fenomeni simpatici, sull'assenza dei riflessi, sull'atrofia muscolare. Stabilita la localizzazione, è di scarsa importanza conoscere se il tumore è intra o extradurale.

I tumori extramidollari, generalmente endoteliomi, non presentano quasi mai gravi problemi di tecnica operatoria: i gliomi intramidollari invece sono da considerare inoperabili. Gli AA. ebbero due soli esiti infausti, uno per embolia, ed uno per paralisi respiratoria mentre tentavano estirpare un tumore contenuto in buona parte nella cavità cranica, il quale aveva già paralizzato metà del diaframma.

Gli AA. consigliano di resecare prima la lamina che corrisponde al livello più alto dell'anestesia, poichè quasi sempre si erra per aprire lo speco troppo in basso: inoltre consigliano di togliere quel tratto di meninge donde origina il tumore per prevenire le riproduzioni: nei loro casi hanno osservato una sola riproduzione.

I sintomi dovuti alla sola compressione presto scompaiono, anche se il tumore datava da anni. Talvolta non si ha nessun ricupero funzionale, sia perchè il midollo è degenerato, sia perchè i tumori possono essere multipli.

Secondo J. Grinker il ritorno della funzione può talvolta farsi attendere a lungo.

A. Adson ricorda che talvolta all'intervento non si trovò altro che una meningomielite cronica.

T. Patrick afferma che talora i primi segni riguardano la motilità: la sensazione spiacevole dello spasmo può dal paziente esser chiamata dolore.

Frazier ricorda che talvolta pazienti sottoposti a terapia fisica hanno rapidamente peggiorato; ciò può essere un elemento diagnostico, e può dare importanza ai traumi come fattori etiologici.

DORIA.

Sulla malattia di Thomsen.

(I. ROSETT. *Brain*, giugno 1922).

Da padre sano, con grossa muscolatura, e madre psicopatica (stati depressivi ed irritabilità) con sintomi miotonici, nacquero tredici figli, di cui sette morti nell'infanzia. Dei sei sopravviventi, tre hanno mostrato sintomi miotonici più o meno spiccati, e gli altri tre invece sintomi psicopatici vari.

Nella terza generazione, di dieci individui, cinque sono normali e cinque hanno sintomi miotonici.

In generale, sia nella seconda che nella terza generazione la miotonia si accompagna ad uno sviluppo eccessivo della muscolatura, e ad altri caratteri fisici del progenitore, mentre le psicopatie si accompagnano ad altri caratteri fisici materni.

L'A. descrive minutamente i vari casi. Una donna, della seconda generazione, durante una gravidanza cominciò a soffrire accessi di rigidità di tutta la muscolatura, che duravano qualche secondo, e se era in piedi la facevano cadere a terra come un pezzo di legno: gli accessi erano provocati da improvvise emozioni: fu possibile provocarli sperimentalmente con la faradizzazione di un bicipite raffreddato col cloruro d'etile. La reazione miotonica meccanica era debole.

Una bambina della terza generazione, se interrogata all'improvviso, a scuola, restava come interdetta qualche secondo, poi parlava con speditezza: nel salire le scale provava come un impaccio dei movimenti nel compiere la prima tesa. Il tempo di rilasciamento dei muscoli contratti variava da 3 a 20 e più secondi secondo il muscolo e l'intensità dello stimolo.

In un altro caso il miogramma del bicipite mostra contrazioni sempre più lente e difficili dalla prima alla sesta, poi le contrazioni divengono regolari.

L'A. mette in evidenza il circolo vizioso che si ha nei movimenti alternati flesso-estensori, per la contrazione residuale sempre più intensa degli antagonisti; ad ogni movimento occorrono stimoli volontari sempre più forti per vincere la precedente contrazione; in alcuni casi si può giungere alla rigidità dei

muscoli. La rigidità si può avere anche immediatamente dopo emozioni intense, per esagerazione del riflesso di fissazione di tutti i segmenti dello scheletro atto a preparare e rendere prontamente possibile qualunque movimento di difesa o di offesa.

Il meccanismo del progressivo aumento della contrazione residuale degli antagonisti differisce essenzialmente dalla teoria di Brissaud e Bauer della contrazione sinergica degli antagonisti, che corrisponde alla teoria di Jacquet della diffusione dell'impulso nervoso agli antagonisti medesimi. L'idea del blocco piramidale di Johnson e Marshall non è confortata dai sintomi, infatti mai fu osservato il Babinski, nè un aumento dei tendinei, che anzi talvolta appaiono indeboliti o aboliti.

I muscoli volontari dei miotonici hanno fibre grosse, ricche di nuclei; spesso è aumentato anche il tessuto interstiziale. Nella miotonia familiare, come nei casi dell'A., generalmente accade che presentano la malattia quei membri che hanno il sistema muscolare molto sviluppato; ciò costituirebbe una predisposizione, che, insieme ad altri caratteri, si trasmetterebbe secondo le leggi di Mendel. Una grossa muscolatura sarebbe cioè un ricettore favorevole pel fattore ereditario della miotonia, fattore ereditario che avrebbe azione dannosa sul sistema neuromuscolare, e potrebbe anche esplicarsi con psicopatie o con una diminuita resistenza vitale (grande mortalità nella prole). Però esistono casi di miotonia con atrofia muscolare, e nei muscoli ipertrofici miotonici esistono spesso fibre atrofiche. Nè si può sostenere che l'atrofia è secondaria al continuo stiramento, perchè si osserva anche nei muscoli facciali. Nei muscoli miotonici sono frequenti i dolori.

La cosidetta paramiotonia, secondo l'autore, non differisce dalla malattia di Thomsen. Il fatto che la reazione miotonica si presenta solo in certe circostanze (freddo, infezioni acute, mestrui, stimoli emozionali) o manca affatto per gli stimoli artificiali, non può costituire differenza essenziale, dato che vi sono tutte le forme di passaggio.

La teoria del fattore ereditario ledente il sistema neuromuscolare spiega anche la miotonia che talvolta compare dopo infezioni acute, disturbi gastrointestinali, tumori cerebrali, siringomielia, atetosi: le alterazioni organiche prodotte dalla nuova sindrome metterebbero in evidenza la tara ereditaria, onde non sarebbe proprio parlare di miotonia acquisita.

DORIA.

Patogenesi del mal di mare.[1]

(R. RIBOLLA. *Giornale di Medicina Militare*, 1922, fasc. XI).

La naupatia, o mal di mare, come più comunemente si chiama, è stato oggetto di studio fin da quando, all'inizio dell'evo moderno, la navigazione cominciò a prendere vaste proporzioni.

Molte furono le ipotesi emesse per spiegarne la patogenesi, molti i rimedi consigliati per vincere questo penoso disturbo, ma la massima parte delle teorie non potè resistere alla critica, e i rimedi finora escogitati si sono dimostrati inefficaci.

L'A., in uno studio interessante, riporta le sue esperienze personali in proposito, fatte in un viaggio di andata e ritorno fra Genova e Rio de Janeiro e in parecchi viaggi fra Civitavecchia e la Sardegna e viceversa.

La causa dei disturbi naupatici va ricercata nei movimenti di rollio e di beccheggio della nave. Le donne vi sono maggiormente soggette, i bambini e i vecchi ne soffrono meno. L'abitudine può far scomparire i disturbi, ma non sono pochi i casi anche di vecchi « lupi di mare », che non riuscirono a vincere questa loro predisposizione.

È interessante il fatto, che nemmeno gli animali (cani, cavalli, scimmie) ne vanno completamente esenti.

Il digiuno assoluto, la troppa ripienezza dello stomaco, gli odori nauseanti predispongono al mal di mare.

La sintomatologia si compendia in nausea, senso di abulia, fenomeni vasomotori, respiro affannoso, infine vomiti spesso incoercibili. Tutti questi disturbi cessano quasi immediatamente appena l'individuo rimette piede sulla terra ferma.

Delle varie teorie sulla patogenesi di questo disturbo (l'A. ne enumera non meno di 18) tre sole furono confortate da rilievi sperimentali: esse sono:

1° la teoria di Darnall, Masini, Barnett, sul perturbamento del centro statico (canali semicircolari, cervelletto);

2° la teoria di Dutremlay, Calliano, Rotondi, sulla agitazione dei visceri addominali e l'iperemia splenica;

3° la teoria di Nolf, che considera il mal di mare come una vertigine da eccitamento del nervo vestibolare per iperemia dei canali semicircolari e conseguente irritazione del vago.

(1) Richiamiamo su questo argomento la rivista sintetica del dott. G. DRAGOTTI pubblicata in questo periodico (1920, p. 200) e il lavoro classico di L. SILVAGNI sulle vertigini.
N. d. Red.

L'autore ha preso quest'ultima teoria come punto di partenza ed *ex juvantibus* è riuscito a trovare degli elementi atti a confermarla.

Le sue esperienze furono condotte nel modo seguente: applicazione di una sostanza che agisce come ischemizzante dell'orecchio, col mezzo di un tampone nel condotto uditivo esterno, e somministrazione *per os* di una sostanza che agisce elettivamente come calmante del nervo vago.

L'azione di queste sostanze si è dimostrata efficacissima in tutti i casi presi in esperimento, fra i quali molti erano di persone sensibilissime ai disturbi del mal di mare.

Il Nolf considerava il mal di mare come una vertigine, opinione confermata dagli studi più moderni sul senso statico e sulla sindrome, molto simile a quella del mal di mare che si produce, specialmente in soggetti sensibili, con la eccitazione del nervo vestibolare e con le iniezioni fredde e calde nel condotto uditivo esterno.

Le reazioni che così si ottengono consistono in pallore della faccia, salivazione, palpitazione cardiaca, nausea, vomito, diarrea, e si spiegano facilmente quando si rifletta che il nervo vestibolare si origina in immediata vicinanza dei nuclei d'origine dei nervi salivari e del vago.

Il mal di mare sarebbe secondo il Nolf un riflesso, e quindi si produrrebbe per un arco diastaltico formato da una via centripeta e una via centrifuga, o da un centro di riflessione.

La via centripeta è il nervo vestibolare, il centro sono i nuclei di origine dei nervi che presiedono alle funzioni cardiache e digestive, la via centrifuga dal nervo pneumogastrico.

A dimostrazione di ciò si ricorda la osservazione del Ruttin, che sopra se stesso constatò la scomparsa dei disturbi del mal di mare per mezzo della doccia calda bilaterale, e il fatto osservato da parecchi ricercatori che i sordomuti o i lattanti, nei quali non funziona l'apparato vestibolare, non soffrono mai il mal di mare.

Il mal di mare è dunque un disturbo funzionale dovuto a eccitamento e iperemia dell'apparato vestibolare: eccitazione e iperemia dovute al cambiamento continuo della posizione del corpo sul piroscafo in movimento. In un primo tempo i canali semicircolari e il liquido endolinfatico seguono il movimento del corpo; in un secondo tempo, quando avviene il movimento in senso contrario al primo, il liquido endolinfatico continua a portarsi nella direzione di prima, e urta quindi contro le ampolle dei canali semicircolari provocando la vertigine.

In seguito a questa, per riflesso, si manifesta uno stato *vagotonico*, con i sintomi descritti.

Dacchè gli stessi fenomeni si producono col movimento di una sedia girante, l'autore ne consiglia l'uso negli istituti nautici per assuefare gli allievi ai disturbi del mare.

La teoria patogenetica sopra descritta è stata pienamente confermata dalla efficacia delle applicazioni terapeutiche di sostanze ischemizzanti dell'orecchio e di sostanze calmanti del vago, consigliate dal Ribolla.

È da augurarsi che i risultati di questi interessanti studi, basati sull'esperienza e osservazioni personali, e atti a gettare nuova luce sul controverso problema della naupatia, portino nella pratica quei buoni frutti, che la serietà delle ricerche permette di sperare.

M. SIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

GILBERT e THOINOT. *Maladies de la Plèvre e du Mediastin.* Fasc. 30° du Nouveau Traité de Médecine. (Baillière éd. Paris. Fr. 40).

In un grosso volume di circa 600 pagine, M. Labbé, Menetrier, Galliard, Balzer, Boinet, trattano delle malattie della pleura e del mediastino. Marcel Labbé scrive delle pleuriti tubercolari e non tubercolari; si diffonde largamente su nozioni di fisiopatologia della pleura, e minutamente si addentra nelle particolarità cliniche. Anche al Labbé è dovuto il capitolo sull'idrotorace. Al Pneumotorace Galliard dedica una non breve monografia; le nozioni etiologiche, i quadri clinici, le complicanze sono completate dai moderni acquisti sulla patologia sperimentale del pneumotorace. Le forme cliniche del cancro della pleura, sia primitivo che secondario, sono tracciate da Menetrier; la sifilide tracheo bronco-polmonare da Balzer, completata da nuove conoscenze anatomiche e radiologiche. E. Boinet chiude il volume con un capitolo sulle sindromi mediastiniche determinate da adenopatie e tumori mediastinici. Egli raccoglie tutta la ricca sintomatologia e, nella larga trattazione, trova modo, accanto ad una analisi minuta, di comporre una utile sintesi clinica.

Non mancano ottimi trattati, che svolgono ampiamente simili argomenti; per la larghezza e per la modernità il libro è tuttavia raccomandabile.

T. PONTANO.

v. DOMARUS. *Manuale tascabile di ematologia clinica.* — G. Thieme, Lipsia, 1922, VIII, 176. L. 6.65.

La grande chiarezza del piccolo manuale, al corrente di ogni conquista nuova nel campo

dell'ematologia, la praticità dei consigli suggeriti, sono certo la migliore delle raccomandazioni con le quali si possa presentare al lettore il libro di v. Domarus. Spoglio di una superflua esuberanza di ipotesi e d'incertezze il manuale espone pochi ma sicuri metodi d'indagine e verità indiscuse ematologiche.

Precedono nozioni fondamentali sulla morfologia del sangue, sulla sua composizione, sui principali apparecchi — i puri indispensabili — le colorazioni di scelta dei corpuscoli sanguigni. In una seconda parte — clinica — sono descritti i vari quadri ematologici delle malattie non solo del sistema emopoietico, ma anche degli altri organi ed apparati.

A chi non tenga di approfondirsi nello studio di siffatta materia ma si contenti di poche ma bastevoli notizie pratiche, il libro è assai commendevole.

ERM. MINGAZZINI.

L. BORY. *Les Phénomènes de destruction cellulaire*. (Masson édit. 1922. Prix fr. 12).

L'autolisi da una parte, le azioni citolitiche dall'altra, costituiscono i fenomeni di distruzione cellulare che hanno dato occasione alla analisi e alla sintesi dell'A. Le azioni citolitiche sono esaminate nei tre punti fondamentali: le bacteriolisi, le emolisi, le organolisi. Il fenomeno autolitico o ultimo atto della vita, i fenomeni bacteriolitici, e quello emolitico e organolitico sono illustrati nella parte sperimentale, nel campo patologico.

L'A. così, usufruendo di una reale competenza, mette a giorno argomenti, finora sparsi sulle riviste e su innumerevoli specializzate monografie.

Sebbene in questi problemi ogni anno sia fecondo di nuove conquiste, è lodevole l'iniziativa dell'A., che ha voluto fissare, ad un determinato momento, lo stato esatto delle cose.

T. PONTANO.

La table du végétarien. 6ª ediz. 1 vol. in-12 picc. di pag. 256. Société Végétarienne de France, Parigi VI (rue Duguay-Tronis 17), 1922. Prezzo fr. 6; franco raccom. 7.60.

Questo libro si rende molto utile non solo in vista del crescente numero dei vegetariani, ma anche in considerazione del fatto che il regime vegetariano è indicato in molte malattie.

Con le sue numerosissime ricette (circa un migliaio) fa valere la grande ricchezza del vitto vegetariano e mette in grado di praticarlo senza difficoltà, in tutte le famiglie. Il susseguirsi delle edizioni attesta i pregi del lavoro, tra i quali, principale, la praticità.

R. B.

THE ROCKEFELLER FOUNDATION INTERNATIONAL HEALTH BOARD. *Eighth Annual Report* (January 1, 1921-December 31, 1921). New York (Broadway 61), 1922.

L'attività dell'« Ufficio Sanitario Internazionale », costituito dalla *Rochefeller Foundation*, si estende sempre più, ai più diversi paesi. Basta elencare le campagne intraprese per comprendere la vastità e l'imponenza di questo movimento: contro l'anchilostomiasi in molta parte del Brasile e — su scala più ridotta — in 16 altri Paesi, come l'Australia, l'India, il Siam, la Colombia, Ceylon, il Panama, il Guatemala, ecc.; contro la malaria in molte località degli Stati Uniti (sotto il titolo di *sveglia antimalarica*) e in qualche località del Sud-America (Porto Rico, Nicaragua); contro la febbre gialla nell'America centrale, nel Messico, nel Perù; contro la tubercolosi in Francia; il riordinamento dei servizi igienico-sanitari in Czeco-Slovacchia, Brasile, Australia, Isole Filippine, Paraguay; per istituire l'insegnamento medico moderno in Cina, ecc. L'Ufficio Sanitario Internazionale ha il programma di dare l'impulso alle campagne sanitarie, di organizzarle, di fornire esempi concreti e dimostrativi, i quali vengono poi largamente seguiti, assumendo una vasta portata. Per l'attuazione di questo programma essa impegna somme ingentissime, che non potrebbero essere destinate a scopi più benefici.

L'attuale resoconto informa sull'attività svolta durante il 1921.

a. p.

G. GRIXONI. *La depurazione dell'acqua da bere*. (N. 10-11 delle « Attualità Scientifiche » - Serie Medica). 1 vol. in-8 picc. di pag. 172. Bologna, Nicola Zanichelli, editore. Prezzo, lire 15.

Il prof. Grixoni si è occupato a più riprese, con impegno e competenza, durante la guerra e dopo, della depurazione dell'acqua potabile. Ora egli raccoglie, riordina e aggiorna queste nozioni in una trattazione sistematica, la quale comprende sei capitoli che concernono l'acqua potabile, la depurazione naturale delle acque sotterranee e delle acque superficiali, la depurazione artificiale con mezzi meccanici, con mezzi fisici e con mezzi chimici; in appendice si occupa della disinfezione degli alimenti infettati con l'acqua. L'esposizione è molto chiara, fatta con intendimenti di praticità.

a. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 febbraio.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

Le modificazioni della morfologia e della pressione sanguigna nell'endocardite da streptococcus viridans.

Prof. GHIRON. — L'O. dopo aver riassunti i punti capitali della comunicazione fatta nella seduta precedente mostra dei preparati microscopici i quali tendono a dimostrare che le cellule atipiche trovate in circolo nel malato di endocardite da streptococcus viridans derivano dagli endoteli vasali.

Il prof. DIONISI pensa che non si possa affermare che le cellule dimostrate derivino dagli endoteli vasali; probabilmente esse devono essere identificate come elementi del reticolo milza e midollo).

Il prof. GHIRON a sostegno della sua tesi ricorda come gli elementi descritti siano più numerosi nel circolo che non nel midollo e nella milza, e che essi aumentano nel circolo in seguito a stasi da legatura.

Sopravvivenza decennale di alcuni microbi del gruppo tifo-coli conservati in liquidi organici.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. è riuscito a conservare per 12 anni il C. Icteroides Sanarelli, nel sangue e in fiale chiuse alla lampada, senza che le colture da esso ottenute perdessero la loro virulenza, per cui in piccole quantità uccidono regolarmente il coniglio in 48 ore.

Ha potuto inoltre constatare che anche pei microbi del gruppo tifo-coli avviene lo stesso se conservati alla stessa maniera.

Tali osservazioni sono importanti secondo l'O. sotto due punti di vista:

1) Per la comodità di poter conservare almeno un decennio, con caratteri e virulenza invariata, senza bisogno di artifici nè passaggi, alcune specie microbiche asporigene;

2) Perchè la possibilità di una così lunga sopravvivenza, finora ignorata, potendosi supporre anche in condizioni naturali, può chiarire fenomeni epidemiologici ancora oscuri.

Il prof. DIONISI ricorda quale valore la comunicazione del PUNTONI può avere per spiegare la persistenza dei diplococchi nell'uomo.

Vaccinazioni per via nasale.

Prof. G. SANARELLI. — L'O. dopo aver dimostrato che attraverso la mucosa nasale, a torto ritenuta come una barriera di difesa possono penetrare i germi, dopo aver dimostrato che con germi viventi e con vaccini si riesce negli animali a provocare la formazione di anticorpi, ha saggiato la reattività dell'uomo all'introduzione di vaccino per via nasale. I vaccini usati sono polverulenti; i microbi uccisi si trovano opportunamente triturati e incorporati a polveri indifferenti (lattosio). Nel siero di sangue degli individui sottoposti alle vaccinazioni nasali si son trovati tassi di agglutinazione di gran lunga superiori a quelli che si riscontrano negli individui vaccinati per via sottocutanea.

Dall'insieme dei risultati ottenuti l'O. conclude che la vaccinazione per via nasale, con vaccini polverulenti, contro il b. del tifo, il vibrione del colera, il meningococco e il b. di Shiga, si presenta di un'applicazione pratica estremamente semplice. Essa può prolungarsi per un tempo assai lungo senza che appaia disturbo alcuno.

Al prof. ARCANGELI che vorrebbe che il vaccino così preparato fosse applicato oltre che a scopo vaccinante sui soggetti sani, sui malati, il prof. SANARELLI fa notare che tale pratica gli sembra poco utile per la lentezza d'azione del vaccino stesso per via nasale.

Conservazione del virus di Danysz allo stato di virulenza per la distruzione delle arvicole.

Dott. A. ALESSANDRINI. — L'O. comunica i risultati delle sue ricerche sulla conservazione del virus di Danysz allo stato di virulenza, mantenendo il sangue estratto dal cuore dei conigli infetti in tubetti di vetro chiusi alla lampada. Ha potuto osservare che dopo 7 mesi il virus così conservato ha mantenuto la sua virulenza onde si augura che tale metodo di conservazione sia applicato su vasta scala onde ottenere ceppi di virus atti per una lotta efficace contro i piccoli roditori vera calamità dell'agricoltura.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Tecnica della biopsia.

Prelevare un frammento di tessuto, preferibilmente ai margini del tumore in modo da interessare anche il tessuto sano; evitare di schiacciare con le pinze il piccolo frammento prelevato, di seccarlo con compresse o comunque di alterarlo, immergerlo subito in un liquido fissatore (non l'alcool!). Consigliabile è il liquido seguente: Soluzione acquosa di acido picrico cmc. 30; formalina cmc. 10; acido acetico cristallizzabile cmc. 2. In questo liquido secondo Rubens-Duval i pezzi possono rimanere anche a lungo senza subire alterazioni notevoli. Le sezioni vanno praticate in senso perpendicolare alla superficie della lesione.

A. Z.

I corpuscoli fucsinofili dell'espettorato.

Si riscontrano talvolta nell'espettorato, assieme ai bacilli di Koch, o senza di essi, degli speciali corpuscoli detti fucsinofili, con i seguenti caratteri: Forma quasi sempre rotonda o lievemente ovoide, omogenei, grandezza variabile da quella di un gonococco a quella di una piccolissima emazia, quasi sempre isolati, raramente nell'interno di grossi macrofagi. Non presentano fenomeni di gemmazione, non rispondono alle reazioni dei grassi neutri, non assumono i colori acidi di anilina e non vanno quindi confusi con residui granulari di emazie, che possono resistere allo scoloramento e si osservano spesso nell'espettorato. Sono alcool-resistenti e si vedono sempre bene nei preparati scolorati con alcool; resistono all'antiformina, ma molto meno dei bacilli di Koch; per le altre note di alcool e di acido-resistenza devono considerarsi analoghi a questi ultimi. Secondo P. M. Franco (*Riforma medica*, 9 ott. 1922), questi corpuscoli precedono o seguono i bacilli di Koch, che possono mancare nell'espettorato, e quindi acquistano un valore diagnostico e prognostico.

A. Z.

CASISTICA E TERAPIA.

SECREZIONI INTERNE.

Il timo.

Secondo L. Williams (*New York Med. Journal*, 1922), il timo non deve più considerarsi come un organo fetale che si atrofizza alla nascita e scompare verso il secondo o terzo anno, in quanto se è vero che gli elementi nobili sono in parte sostituiti da tessuto connettivo è pur vero che essi possono essere rigenerati di nuovo e la ghiandola ritornare al suo volume primitivo.

Nell'uomo il timo ha delle connessioni funzionali con le ghiandole genitali, nella donna le ha con la tiroide. E' importante per la patologia, la posizione del timo: delle compressioni della vicina trachea e dei nervi circostanti spiegano le morti improvvise che seguono all'iperestensione della testa, od all'anestesia prolungata; compressioni venose spiegano l'epilessia ed alcuni disturbi encefalici dell'infanzia. Per quanto riguarda l'asma, l'A. ricorda che esso colpisce specialmente il sesso maschile nella pubertà e che tre rimedi attivi contro l'asma sono capaci di diminuire il volume del timo: il digiuno, l'ioduro, l'adrenalina. In tal caso l'asma sarebbe dovuto ad un timo ipertrofico comprimente il simpatico.

Nel gozzo esoftalmico l'ipertrofia del timo è un fatto quasi costante, che può spiegarsi con inclusioni tiroidee. L'ipertrofia del timo interviene infine nella genesi della clorosi e della cefalea.

Clinicamente si può riconoscere l'aumento di volume della ghiandola dalle deformazioni toraciche, dalle dilatazioni venose, da modificazioni di sonorità, da soffi alla base. Come terapia sono consigliabili: il digiuno, i raggi X, l'adrenalina, gli ioduri.

MONTELEONE.

Su un caso di diabete insipido.

Sagara (*The Japan Med. World*, 1922, 9) riferisce un caso di diabete insipido in cui il paziente (un giovane di 20 anni) venne a morte in seguito ad un singolare accesso manifestatosi improvvisamente con una specie di sintomi psichici e (dopo un decorso di parecchi giorni con sintomi che rassomigliavano clinicamente a quelli della meningite cerebrospinale), terminato con l'esito letale. In questo caso, mentre la maggior quantità di urina veniva emessa abitualmente durante le ore del giorno, e specialmente dalle 6 a. m. fino al mezzodì, invece durante tutta la durata del fatale accesso tale emissione si verificò in massima parte durante la notte. All'autopsia (prof. Nakamura) si riscontrò edema cerebrale. Inoltre l'ipofisi presentava alterazioni infiammatorie ed emorragiche, e sporgeva a guisa di tumore nel 3° ventricolo. In questo caso la causa del diabete insipido deve,

secondo l'A., esser messa in rapporto con l'alterazione della funzione cerebrale regolatrice della urinazione, alterazione prodotta dal processo infiammatorio che aveva colpito la base del cervello.

Trattamento del gozzo esoftalmico.

Il trattamento più efficace del gozzo esoftalmico è la faradizzazione: un elettrode immobile sulla nuca, l'altro mobile sul gozzo; applicazioni due volte al giorno, mattina e sera, per la durata di dieci minuti. Fin dalla prima applicazione il paziente si sente meno debole, l'eccitazione nervosa diminuisce, a poco a poco il tumore e la tachicardia cedono, la tiroide diminuisce di volume; solo l'esoftalmo cede lentamente. Eventualmente possono praticarsi personalmente le applicazioni procurandosi una piccola pila faradica. La cura quotidiana deve durare almeno un anno, successivamente si faranno applicazioni per dieci giorni continui ogni mese, anche quando i disturbi sono scomparsi, perchè le recidive sono tutt'altro che rare. La corrente galvanica è meno efficace.

La radioterapia è anche efficace e forse più, ma richiede apparecchi e tecnici specializzati.

In ogni caso all'una ed all'altra cura conviene aggiungere la medicazione interna: il salicilato di soda, la chinina ed i prodotti opoterapici.

Durante 10 giorni si darà prima dei due pasti principali una cartina di mezzo grammo di salicilato di soda. Nei dieci giorni successivi, sempre prima dei due pasti principali, una pillola di 10 centigrammi di bromidrato di chinina. E così alternare ogni dieci giorni.

Eventualmente si potrà ricorrere all'opoterapia: antiroidina che è poco o niente efficace, oppure tiroidina ed ipofisina. La somministrazione di questi prodotti deve essere rigorosamente sorvegliata potendo provocare spiacevoli inconvenienti.

Dr.

Opoterapia della obesità infantile.

La medicazione tiroidea è utile in tutti gli obesi, ma specialmente in casi di mixedema frusto con obesità; si deve cominciare con dosi deboli: un mg. di tiroidina al giorno nel primo mese di cura, per 10 giorni di seguito; nel mese successivo cinque mg. durante altri 10 giorni. Il malato va seguito dal medico; se si manifestano tachicardia, sudori abbondanti, rossori, diarree profuse, si sospenderà il rimedio. Nelle giovanette, presso la pubertà, si uniranno gli estratti ovarici ed ipofisarii; G. Mouriquand consiglia: estratto tiroideo mg. 5-25; estr. ipofisario cg. 10; estr. ovarico cg. 15; si darà una di tali cartine al pasto di mezzogiorno all'età di 8-15 anni, interrompendo per 10-15 giorni dopo una somministrazione più o meno lunga. L'estratto orchitico è invece poco efficace.

A. Z.

Cura della dispnea notturna con la glandola tiroide.

In un anno, R. D. Adams di Washington (*La Presse médic.*, n. 74, 1922) ha osservato 15 malati affetti da accessi di dispnea notturna a tipo Cheyne-Stokes.

L'età dei malati variava dai 42 ai 64 anni; 4 di essi avevano una miocardite, sei erano aortici, cinque arteriosclerotici.

Secondo l'A. tale dispnea notturna sarebbe una manifestazione precoce dell'arteriosclerosi cerebrale, regione bulbare e centri respiratori. Ai quindici malati suddetti fu somministrata della glandola tiroide nella dose di gr. 0,30 al giorno; la cura durava 15-20 giorni cui seguiva una interruzione di 8-15 giorni. Il miglioramento della dispnea si ebbe in dodici casi; in due la cura restò inefficace; in uno si ebbe un peggioramento; gli ultimi tre casi, tutti miocarditici, avevano prima della cura 80 pulsazioni, condizione questa sfavorevole alla tiroidoterapia. In ogni caso si impone accurata sorveglianza durante la cura.

MONT.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Erpete febbrile ed encefalite epidemica.

Il dott. Bastai della Clinica Medica di Torino, nel volume XLV, n. 1 dell'*Archivio per le Scienze Mediche* si occupa della patogenesi della infezione erpetica spontanea umana e dei suoi pretesi rapporti con la etiologia della encefalite epidemica.

L'A. previ esperimenti di controllo, riusciti negativi, su cornea scarificata di conigli, con liquido cefalo rachidiano di persone sane, di un malato di tbc. ghiandolare, di un malarico e di un malato di neurofibroma dell'acustico, ha iniziate delle ricerche con l. c. r. di ammalato di erpete febbrile. Ottenne sempre la riproduzione più o meno violenta della ben nota cheratocongiuntivite erpetica.

Con il l. c. r. di malati di encefalite epidemica alla prima e seconda settimana di malattia non ebbe alcuna reazione congiuntivale.

Resta così dimostrato che il virus erpetico nell'uomo può raggiungere i centri nervosi, e l'erpete umano deve considerarsi come una

infezione a sè, che partendo dalla bocca e dal faringe invade l'organismo e secondariamente si localizza sulla cute o sulle mucose producendovi le caratteristiche vescicole.

Nel decorso di altre infezioni o dopo iniezioni proteiniche e colloidali si può avere la comparsa di erpete perchè lo squilibrio colloidale provocato dagli agenti infettivi o proteinici rende aggressivo il virus erpetico che ospitava innocuo nella bocca e retrobocca del malato.

Circa i pretesi rapporti fra infezione erpetica ed encefalite epidemica oggi non dobbiama affermare che i due virus sono identici, solo perchè hanno comuni dei caratteri biologici ed immunitari: come nessuno ha mai pensato che erpete e vaiolo siano dati dallo stesso virus.

Sperimentalmente nei conigli, che sono sensibilissimi al virus erpetico, dopo numerosi tentativi eseguiti in ogni paese, non si sono avute quasi mai trasmissioni con materiale encefalitico.

Clinicamente invano si cercherebbero i punti di contatto fra postumi di encefalite e manifestazione di erpete febbrile.

Dal punto di vista epidemiologico è strano che un virus come quello dell'erpete che da anni si trova sempre sulla bocca di quasi tutti gli individui, improvvisamente si trasforma ed assume carattere diffuso ed epidemico contemporaneamente in tutto il mondo.

L'infezione erpetica e l'encefalite epidemica sono due malattie distinte e sono errate le contrarie interpretazioni di Doerr, Levaditi ed altri che in tanto ottennero risultati favorevoli alla dottrina unitaria, in quanto usarono materiale di encefalitici che contemporaneamente avevano una infezione erpetica con manifestazioni esterne più o meno visibili.

PERSIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sole artificiale. — All'abb. n. 6111:

In Italia non esistono case di cura del tipo Kohler specializzate nella sola terapia a base di «sole d'alta montagna». Ma tutti gli Istituti scientifici e molti privati hanno oggi largamente esperimentato la fototerapia (vedi Mazzoni e Palumbo, ad es., risultati della fototerapia del 1905-1920 - Istituto Fototerapico di Firenze). Tutte le ricerche più recenti si sono rivolte per ottenere sorgenti luminose assai ricche di raggi violetti o ultravioletti: i così detti raggi abiotici di Dastre ad azione ritardante o sterilizzante sullo sviluppo dei germi. Ma a parte questa azione battericida omai assicurata, la fototerapia artificiale sembra oggi abbia notevole importanza nel rachitismo e sono note le ricerche recenti con la lampada Kromayer; più note sono le applicazioni della fototerapia sui seni fistolosi, sulle ferite e in Germania essa è largamente usata nella tubercolosi anche polmonare. In Italia poche sono le ricerche su quest'ultimo argomento: e se la fototerapia è applicata largamente per alterazioni locali (lupus, ecc.), sola o associata alla Röntgenterapia, è forse colpa del nostro sole «naturale» se la fototerapia non è stata applicata — almeno largamente — nella tubercolosi polmonare. D'altra parte la cromoterapia non violetta (p. e. rossa, ecc.) ha pure larghe applicazioni, ma nella luce bianca totale (senza sottrazioni di parte dello spettro più o meno complete) si fondono forse in una perfetta armonia le varie proprietà delle variazioni e ciò ci rende conto delle proprietà della *luce bianca*.

L'argomento è troppo vasto per rispondere direttamente al quesito. Consulti (esclusa la letteratura tedesca naturalmente assai vasta dato il numero di apparecchi lanciati in commercio): *La pratica dell'elioterapia* (Aimes); *L'elioterapia applicata alle ferite* (Léo-Maloine), volume XXIX del Trattato di patologia medica, ed. Maloine; *Elioterapia e fototerapia* di Carnot (Linossur); *Trattato di fototerapia, ecc.* di Nogier (Baillière); *Atti XVI Congresso Soc. ortop. tedesca*, riferito in «Actinoterapia» (f. 2, 1921), giornale italiano che si occupa largamente di tutte le questioni non solo radiologiche, ma anche fototerapiche (Parco Margherita, 104 - Napoli), ecc.

MILANI.

Nella «crosta lattea». — All'abb. n. 6051-4:

Nella «crosta lattea» occorre anzi tutto rimuovere le croste con impacchi di olio, vaselina, ecc., e poi far seguire il trattamento comune a tutti gli eczemi cioè modificandolo a seconda dello stadio in cui trovasi il processo. Spesso la dermatite è complicata con la seborrea ed allora giovano i preparati di solfo, che però vanno adoperati con grande cautela trattandosi della cute di bambini, assai delicata e quindi in condizioni di reagire facilmente ad uno stimolo troppo forte. Evitare le saponate, specie con saponi medicamentosi.

V. MONTESANO.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

L'esercizio professionale dei sanitari stranieri in Italia.

L'art. 2 della legge 1° luglio 1910, n. 455, ammise alla iscrizione nell'albo degli Ordini dei sanitari e quindi all'esercizio della professione nel regno gli stranieri diplomati in un istituto di Stato estero, il quale abbia concesso il diritto di reciprocità per l'esercizio professionale ai cittadini diplomati in Italia.

Il principio della reciprocità costituì certamente un progresso di fronte al sistema della legge 22 dicembre 1888 (art. 23); ma la norma era troppo rigida perchè rendeva necessario un trattamento uniforme: bastava che uno Stato qualsiasi avesse concesso il diritto di reciprocità perchè il sanitario diplomato in quel paese potesse esercitare in Italia.

Il Consiglio Superiore di Sanità aveva già formulato voti per segnalare la necessità di nuove disposizioni legislative.

In relazione a questi voti e a quelli delle classi interessate e per iniziativa della Direzione generale della Sanità pubblica, il Consiglio dei Ministri ha approvato un decreto che modifica la disposizione dell'art. 2 già ricordata *subordinando l'ammissione all'esercizio professionale nel Regno anche a speciali accordi internazionali sulla base della reciprocità del trattamento.*

Non sarà dunque sufficiente che lo Stato estero abbia concesso il diritto di reciprocità; ma l'ammissione sarà consentita in base a speciali convenzioni internazionali. Sicchè sarà possibile, di volta in volta, la valutazione scientifica e pratica della laurea conseguita presso le altre Università in armonia ai principii di ordine generale del nostro Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore.

Disposizioni speciali per gli italiani diplomati all'estero.

Segnalammo già, nel fascicolo precedente, il decreto-legge — in corso di pubblicazione — che regola stabilmente la posizione professionale dei nostri connazionali diplomati e già esercenti professioni sanitarie all'estero, rimpatriati a causa e durante la guerra, i quali si avvalsero della facilitazione prevista dall'art. 3 del D. L. 22 agosto 1915, n. 1311. Possiamo ora aggiungere che l'autorizzazione definitiva alla continuazione nel Regno dell'esercizio della professione è data dal Ministero dell'Interno su proposta di una speciale Commissione che sarà costituita di concerto fra il Ministero dell'Interno e quello della Pubblica Istruzione.

L'esercizio di questa facoltà del Ministero deve essere promosso dai singoli interessati, i quali possono farne domanda *entro tre mesi* dalla data di pubblicazione del decreto-legge. Il provvedimento di autorizzazione definitiva, che sarà rilasciato in forma di decreto, avrà gli effetti del diploma professionale quanto alla iscrizione nell'albo dell'Ordine.

Le norme per la presentazione delle domande, da parte degli interessati, saranno stabilite dal Ministero dell'Interno, di concerto con quello della Istruzione, e saranno pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* nel termine di un mese.

Frattanto, la concessione *provvisoria*, a norma dell'art. 3 del D. L. 22 agosto 1915, è efficace sino a sei mesi dalla pubblicazione del nuovo decreto che regola la sistemazione definitiva.

QUESTIONI PRATICHE.

XX — La pubblicità dei provvedimenti disciplinari deliberati dagli Ordini dei sanitari.

Al Consiglio amministrativo di ciascun Ordine è attribuito il potere di «reprimere in via disciplinare gli abusi e le mancanze di cui i sanitari liberi esercenti iscritti nell'albo si rendano colpevoli nell'esercizio professionale» (art. 8 legge 10 luglio 1910, n. 455).

Le deliberazioni dei Consigli, che stabiliscono sanzioni disciplinari, possono essere rese pubbliche? Entro quali limiti?

L'argomento è molto delicato, per le ripercussioni d'ordine morale e indirettamente patrimoniale che possono derivare dalla pubblicazione di provvedimenti di questa natura.

È utile, anzitutto, considerare che il Consiglio dell'Ordine esercita, nel caso in esame, *un'attribuzione amministrativa disciplinare*, della quale la legge stabilisce i limiti, le condizioni, le norme e i fini; esercita cioè un'attività regolata in tutte le sue manifestazioni *per un fine espressamente determinato*: *repressione di abusi e mancanze.*

«L'avvertimento è dato con lettera raccomandata a firma del presidente dell'Ordine». La censura e la sospensione risultano dal verbale dell'apposita deliberazione, *che deve essere notificata al sanitario*, che ne è oggetto,

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

per mezzo di ufficiale giudiziario o di messo comunale; *il provvedimento deve inoltre, a cura del presidente, essere portato a conoscenza delle autorità preposte* alla Corte di Appello, ai Tribunali, alle Preture della Provincia, alla Prefettura, Sottoprefettura, Camera di Commercio, ecc. (art. 7 del Regolamento 12 agosto 1911, n. 1022) cioè alle Autorità giudiziarie e amministrative alle quali deve essere data comunicazione delle variazioni e in genere dei provvedimenti che riguardano gli albi, agli effetti delle iscrizioni e delle cancellazioni (articolo 37 del Regolamento).

Le forme della comunicazione al pubblico sono, dunque, previste e regolate, sulla base di un criterio rigoroso di *necessità e di utilità.*

Il provvedimento del Consiglio amministrativo non è irrevocabile: contro di esso è ammesso ricorso all'adunanza generale dell'Ordine e contro le decisioni di questa è ammesso il ricorso al Consiglio Superiore di Sanità,

Da questi elementi di giudizio si desume:

a) che l'attribuzione amministrativa disciplinare del Consiglio dell'Ordine è circoscritta e limitata ad un *determinato fine di repressione*, mediante sanzioni punitive che sono previste dalla legge: avvertimento, censura, sospensione; le facoltà inerenti all'esercizio di questa attribuzione non possono eccedere i limiti di essa *e il fine al quale sono preordinate e dirette;*

b) che le forme di comunicazione, cioè le pubblicazioni del provvedimento punitivo, sono espressamente previste e regolate: sono, pertanto, *necessarie* e si presumono *sufficienti* al fine lecito voluto dalla legge le forme di pubblicità che da essa sono previste.

Per queste considerazioni d'ordine giuridico — alle quali corrispondono anche ragioni di opportunità e di convenienza — son persuaso che il Consiglio dell'Ordine debba esercitare la sua attribuzione disciplinare al solo fine punitivo, e non possa dare al provvedimento pubblicità diversa e maggiore di quella che è stabilita, perchè soltanto questa è *necessaria* e questa si deve presumere « de jure » *sufficiente;* ogni altra e diversa iniziativa eccederebbe i limiti delle facoltà che sono consentite all'ordine in materia singolarmente delicata, per una determinata attribuzione disciplinare.

Non credo che si possano derivare elementi di analogia dal sistema della pubblicità delle sentenze penali pronunziate dai magistrati, perchè si tratta di funzioni di natura diversa, ordinate e disciplinate diversamente anche per le forme della oralità e della pubblicità dei giudizi, che hanno per oggetto fatti che costituiscono reato.

Si consideri, d'altra parte, che per lievi mancanze punibili con l'avvertimento o la censura si renderebbe possibile una larga pubblicità che, per eccessività di apprezzamenti di interessati o per leggerezza di valutazione potrebbe danneggiare la fama del professionista oltre ogni misura di proporzione con la causa della sanzione. Nè si potrebbe lasciare alla discrezione del Consiglio la scelta dei provvedimenti che debbano essere resi pubblici, oltre i limiti previsti nel Regolamento: non sarebbe ammessibile siffatto potere discretivo, che dalla legge non è previsto e dal quale potrebbero derivare disparità di trattamento, se non abusi, e incertezze di criteri essenzialmente variabili.

XXI. — Nomine provvisorie per la vigilanza igienica.

Il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha riaffermato il principio della separazione delle funzioni di assistenza sanitaria da quelle di vigilanza igienica ed ha dichiarato legittimo il provvedimento del Prefetto che esonera dall'incarico il medico condotto e nomina precariamente il medico libero esercente sopraggiunto nel Comune. Di questo parere (20 maggio 1922) ho già fatto cenno in risposte a quesiti; ne riporto ora la motivazione sostanziale: « Dalle disposizioni degli articoli 18 del Testo unico delle Leggi sanitarie e 95 del Regolamento, è fissato tassativamente, come principio informatore, il criterio della scissione dei due servizi *non appena* se ne verifichi la possibilità e soltanto in via eccezionale è ammesso il cumulo delle due funzioni di medico condotto e di ufficiale sanitario.... Conseguentemente, l'incarico dato in tal caso al medico condotto di esercitare le funzioni di ufficiale sanitario essendo, giusta l'art. 95 suddetto, temporaneo, è revocabile *ad nutum* in ogni tempo e non appena sia possibile la separazione delle due cariche ».

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14, Roma (6).**

Ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini si risponde gratuitamente.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Il regolamento proposto per la Facoltà medico-chirurgica.

In questo periodo, in cui è, o appare, necessario in Italia di modificare, riorganizzare, ogni pubblico istituto, è venuta la volta anche della Facoltà medico-chirurgica. Un nuovo regolamento è in progetto.

Per verità l'ordinamento degli studi medici è stato preso in esame, e sottoposto a critiche, a progetti innovatori, presso tutte le nazioni, nell'immediato dopo guerra. Si sarebbe detto che quanto più sono stati vasti i compiti e maggiori i benefici dell'arte medica nel periodo bellico, tanto maggiormente fosse cresciuto l'impulso a rendere i medici strumento sempre più adatto per le funzioni di assistenza individuale e sociale. Dalle laboriose e discusse proposte sono nati in singole nazioni nuovi ordinamenti. In Italia pure si nominarono commissioni e si studiò parecchio, ma nulla si è finora concluso.

Il ministro Gentile ha fatto elaborare, sugli studi d'una Commissione già nominata dal ministro Corbino, un progetto di regolamento e con spirito avveduto lo ha presentato per un giudizio sintetico alle Facoltà del Regno. Nel suo profondo senso critico ha riconosciuto che gli avrebbe giovato conoscere i pareri (fossero pure i dispareri) dei tecnici, per informare più largamente la propria coscienza e venire a decisioni più vagliate.

Non è male che dall'ambiente accademico l'importante questione dell'ordinamento degli studi medici esca a respirare la grande aria delle discussioni pubbliche.

Ogni cittadino deve contribuire, come può, a migliorare gli ordinamenti del proprio paese. È soltanto necessario che le sue opinioni sieno inspirate al pubblico bene e prescindano da ogni particolare interesse. Io sento di trovarmi in adeguato stato di coscienza, e voglio pertanto esporre senza ritegni i miei convincimenti.

La nettezza delle direttive è forse il mezzo più atto a provocare il contrasto della discussione. Per un pubblico esame e per la congrua comprensione del problema non gioverebbe entrare nei particolari del nuovo regolamento; basta considerarne due punti fondamentali:

1) la riduzione degli anni di studio a cinque;

2) la formazione degli specialisti.

I.

Sulla riduzione degli anni di studio a cinque si presentano due problemi preliminari. Un abbreviamento del corso degli studi è reclamato da qualcuno, è reso necessario per qualche contingente o permanente condizione di fatto?

Di medici v'è una pletora che impensierisce al punto da indurre qualcuno persino a proporre di limitare le iscrizioni alle nostre Facoltà. Non v'è quindi bisogno di affrettare la formazione di medici nuovi.

Sono i medici troppo colti, troppo ricchi di dottrina, perchè risulti opportuno sgravarli di una parte del bagaglio onde sono caricati nel corso dei loro studi? Io non divido il misoneismo di alcuni, i quali ritengono, e affermano, e stampano anche, che le nuove generazioni di laureati sono non solo poco scientificamente educate, ma anzi ignoranti. Io ho per contro constatato che gli studenti del dopo guerra sono più consapevoli delle responsabilità e delle difficoltà della vita e che dedicano allo studio molta assiduità e zelo, e li trovo, in clinica, nel maggior numero, meglio preparati che i loro predecessori. Il professore che confronti la coltura dei nostri studenti non con quello che nella sua coscienza desidererebbe, ma con quello ch'era la preparazione propria e la preparazione degli studenti di ante-guerra, non esiterà nel riconoscere il migliore *substratum* scientifico e tecnico delle giovanissime generazioni di medici. Non piangerà adunque sul decadimento degli studi nostrani chi è al caso di giudicare serenamente e in base ad esperienza diretta.

Una certa giustificazione per coloro che lamentano la povertà di studio dei giovani medici dipende dalle condizioni attuali della medicina.

Lo sviluppo delle scienze biologiche è così vasto, la penetrazione di gran parte di esse nelle discipline mediche è così profonda, le necessità delle numerose e utili indagini di laboratorio è così impellente, che, per tutti questi motivi, la ricchezza di conoscenze e la capacità tecnica dei giovani non appare ad alcuni adeguata.

Per influenza dei progressi biologici la tecnica medica ha acquistato vantaggi indiscutibili. Lo studio dei malati diviene più complesso ed approfondito: i mezzi di cura più variati e difficili a dosarsi nella pratica.

Il progresso della medicina è avvenuto sulle basi delle discipline biologiche.

Se pertanto il perfezionamento della medicina e della chirurgia fa apparire a molti più povera che non sia la preparazione dei giovani medici, vorremmo noi diminuire gli anni di corso e alleggerire la somma di studi e di educazione tecnica? Si risponde che, *intensificando*, si *potrà* ottenere in cinque anni quanto ora si raggiunge in sei. Come intensificare di più, se i poveri studenti da mane a sera sono occupati (*afflitti*, stavo per scrivere) da lezioni? Esse tolgono il tempo e la lena per lo studio camerale, per la meditazione. L'individualità resta soffocata.

Gli allievi otterranno bene nei cinque anni la promozione in tutte le singole materie; ma ciò avverrà fatalmente riducendo e semplificando il contenuto di ognuna, posto che le materie sono rimaste le stesse per numero ed estensione di orario. Un congruo adattamento degli insegnamenti preparatori (fisica, chimica, botanica, zoologia e anatomia comparata) all'indirizzo biologico non è nuovo: esiste già. Ridurre questi insegnamenti a pochi e scheletrici elementi ritengo assolutamente deleterio. Su tali discipline preparatorie riposa l'edificio biologico e clinico dei futuri medici.

Senza un fondamento scientifico, se anche essi raggiungessero negli ultimi anni una tecnica precisa, sarebbero capaci appena di applicare quanto hanno appreso, ma non di seguire alcun progresso, non di giudicare di alcuna futura innovazione con criterio proprio; sarebbero bravi tecnici, non ingegneri atti a costruire qualcosa. E il medico deve ad ogni ora costruire qualcosa: la diagnosi per basarvi su la cura.

Come neanche pensare che promoverebbero cose o idee. nuove? Dove e come si preparerebbe il medico, lo studioso del domani? Se il medico moderno non è nè il *fisico* nè il *filosofo* d'un tempo, cosa sarà mai *il medico dei cinque anni di studio?* Un tecnico tutt'al più.

Ma se il nuovo regolamento peggiorerebbe la preparazione biologica, vediamo com'esso regolerebbe la educazione clinica del futuro medico.

Nella specializzazione svoltasi inevitabilmente per i perfezionamenti dello scibile medico, soprattutto nella parte tecnica, molti insegnamenti si sono suddivisi, e parecchie delle suddivisioni hanno acquistato importanza e dignità di insegnamento autonomo. Le nuove materie hanno corroso e in parte occupato il tempo e il lavoro già riservati alle materie fondamentali. Poichè nelle cliniche generali, in ispecie nella clinica medica, si prepara, si forma, la mente e la coscienza del medico pratico, si lamenta da tutti che ad esse non si faccia la parte che meritano e che quindi i giovani medici escano dall'Università poco preparati alla pratica dell'esercizio clinico. Il nuovo regolamento aggrava la situazione, poichè lascia intatte le cliniche le quali hanno acquistate posizione nell'insegnamento, e favorisce l'affermarsi di altre cliniche speciali, mentre toglie un anno d'insegnamento alle cliniche generali: 2 anni invece di 3.

Si risponderà agevolmente che il regolamento in preparazione prevede che i laureati dei cinque anni potranno fare un corso biennale di perfezionamento in medicina e chirurgia. In pratica, con la mentalità che si saranno costituita nel corso di studi affrettati, e con la urgenza dei bisogni economici, nessuno o pochissimi faranno questo perfezionamento in medicina e chirurgia. Nella realtà un simile corso non dando titolo di *specialista*, offrirebbe scarsa suggestione o attrattiva come sorgente di lucro. Occorre o una mente colta o un'esperienza castigata per apprezzare un corso di perfezionamento in medicina generale o in chirurgia generale. Nessuno comprenderebbe un corso complessivo di perfezionamento per due sì vaste materie. Per stabilire una seconda laurea superiore le fondamenta sarebbero troppo deboli.

Se, all'infuori del campo clinico, noi consideriamo le molteplici branche sociali in cui il medico sarà chiamato ad esercitare la sua azione, a spiegare la sua influenza, ancor più ci persuaderemo che egli ha bisogno di formarsi negli anni di studio una mentalità complessa in cui trovino radice le disposizioni di chi dovrà decidere di gravi e importanti questioni morali e sociali.

I laureati non rispondono a pieno a tante richieste? Si sarebbe dovuto pensare a utilizzare meglio i sei anni di studio, perchè il futuro medico uscisse dall'Università un po' più istruito in biologia, meglio tecnicamente forgiato, più clinicamente sperimentato, perchè fosse più adeguato agli uffici cui la società lo chiama, più idoneo ad evolversi secondo la propria e l'altrui esperienza, se non pure a promuovere idee nuove e ad apprezzare al vero fatti inesplorati. Vi sarebbe stata forse materia di perfezionamento, quantunque le deficienze dell'insegnamento odierno dipendano più dagli uomini che dagli ordinamenti. Il proposito di ridurre e semplificare appare il meno necessario e il meno opportuno.

Tutti coloro che hanno proposto innovazioni si sono mostrati preoccupati delle necessità create dal progresso della medicina, e hanno inteso piuttosto a proporzionare meglio le singole materie, a garantire il possesso della tec-

nica clinica e di laboratorio, ad ampliare la pratica clinica. Presso nessuna nazione ci si è adoperati a ridurre la preparazione dei medici.

L'unico incentivo per diminuire gli anni di studio è forse derivato dalla conoscenza che in qualche nazione il corso degli studi medici si compie in cinque anni. Si è fatto dipendere da tale circostanza la preferenza che studenti stranieri dànno a tali università.

Già sarebbe assurdo pensare che, per accaparrare qualche studente estero e tentare una qualche concorrenza con tali nazioni, noi poco ci curassimo del pericolo di guastare, rovinare, un sistema di studi che ci è stato invidiato e preso anzi recentemente a modello da altri stranieri (dai tedeschi). Ma è doveroso riflettere che in alcune nazioni dove gli studi medici si compiono in cinque anni esiste un periodo di 1 anno preparatorio per le scienze pure, fondamentali, e che quindi il numero complessivo di anni di studio è di 6 e non 5.

Ritengo indispensabile un periodo di sei anni di studio per la formazione mentale e tecnica del medico, e sono quindi contrario al deprecando proposito di ridurre a 5 gli anni di studio.

Un tentativo di miglioramento sullo stato attuale potrebbe, secondo me, basare su una coraggiosa riduzione degli insegnamenti delle specialità e di alcuni insegnamenti specializzati. Bisognerebbe limitare al minimo indispensabile per la pratica quotidiana l'insegnamento tecnico di queste materie. Andrebbe rafforzato lo sviluppo delle discipline biologiche per la parte teorica e per la tecnica di laboratorio, e allargata l'esperienza scientifica e clinica nella medicina e nella chirurgia generali nonchè nell'ostetricia. Al grande albero dell'insegnamento medico-chirurgico, se si vuol dare rigoglio, occorre non recidere le radici, bensì abilmente potare qualche ramo fronzuto e poco fruttifero.

L'ordinamento degli studi medici potrebbe utilmente rimanere immutato, ma se un programma innovatore io dovessi formulare, a un rafforzamento delle radici biologiche e del tronco clinico io mirerei più che al lusso di una ricca arborizzazione.

II.

Più semplice e più breve sarà la trattazione del problema degli *specialisti*.

Il progetto del nuovo regolamento stabilisce che, per ottenere il diploma di specialista, occorrano due anni di corso, nei quali sieno prese inscrizioni ad almeno tre matèrie.

Mi sono venuto convincendo che se finora il diritto a valersi del titolo di *specialista* è malauguratamente rimasto indisciplinato, si corre il rischio ora di volerlo disciplinare troppo (1).

Se lo Stato ha il dovere di assicurare ai cittadini i medici che ne curino la salute, è discutibile se abbia anche il dovere di fabbricare degli *specialisti*. Pur volendo riconoscere che essi provvedano, ognuno nella sua branca, meglio dei medico-chirurgi generali, ai bisogni dei cittadini, sono tentati all'ufficio anche dalla probabilità di più facile o più lauto guadagno.

Lo Stato può disinteressarsi della formazione di specialisti e limitarsi ad esercitare il diritto di conferire il titolo di *specialista* a chi possegga requisiti sufficienti. Basterebbe si garantisse fissando il tempo minimo — certamente non meno di due anni — indispensabile, per ammettere un medico alle prove per il diploma di specialista. Il medico che si vuole specializzare dovrebbe avere il diritto di prepararsi dove e come e quando crede.

Il suggerimento, se non l'obbligo, che lo Stato mette ai medici nel progettato regolamento di fare un corso di due anni dopo la laurea, e di ottenere così il diploma di specialista, non è certo il migliore. I più stimati e provetti specialisti sono quei medici che si sono dedicati più o meno a lungo alla medicina o chirurgia generale, e si sono in secondo tempo *specializzati*. Perchè ad un medico o chirurgo non sarà lecito di cominciare ad occuparsi d'una specialità quando crede; di prepararsi in Italia o all'estero, dove crede, al cimento delle prove di abilitazione al diploma di specialista?

Il titolo di *specialista* dovrebbe avere non tanto un riconoscimento *scientifico* quanto un riconoscimento *giuridico-professionale*. Potrebbe essere accordato da una Commissione tecnica di Stato nominata d'accordo fra il Ministero della Pubblica Istruzione e il Ministero dell'Interno. Il diploma dovrebbe essere indispensabile a chiunque vuole esercitare una *specialità*. Per esso dovrebbe esserci un riconoscimento come c'è per i medici di bordo, per gli ufficiali sanitari, ecc.

Tempo verrà fra non molto, in cui non soltanto la *specializzazione professionale* sarà costituita; ma s'individualizzerà l'esercizio di qualsiasi delle numerose branche in cui s'è scissa la medicina sia nei riguardi della clinica, sia nei riguardi delle provvidenze legali o sociali. E dovrà lo Stato preoccuparsi di

(1) Il problema degli odontoiatri va considerato a parte.

creare altrettanti insegnamenti adatti, di provvedere mezzi a tutti coloro che desiderano assumere una veste e un ufficio particolare nel campo dell'esercizio professionale? Sarebbe assurdo.

Allo Stato preme che chi attende ad un ufficio abbia la necessaria idoneità.

Il nuovo Governo giustamente ha messo nel suo programma la rinunzia alle ingombranti e gravose incombenze di cui era caricato dal demagogismo. Non sarebbe logico che assumesse ora la responsabilità di un ufficio delicato e complesso qual'è la preparazione degli *specialisti*. Mentre può e deve garantirsi del valore tecnico di essi, ha tutto l'interesse a che chiunque laureato possa, nel modo e nel luogo che riterrà preferibili, prepararsi degnamente ad ottenere il titolo che lo Stato potrà concedere dopo prove adeguate.

In questo semplice modo sarebbero efficacemente raggiunti i due scopi che il regolamento progettato si propone, cioè disciplinare la concessione del titolo di *specialista* ed evitare l'eterogenea mescolanza dei professionisti specializzati e dei liberi docenti.

Il problema degli specialisti, ripeto, va riportato forse più nel campo amministrativo che nel campo scientifico-clinico.

Su altre proposte di modificazioni torneremo in altro articolo, se prenderanno consistenza.

V. ASCOLI.

Sulla riforma degli studi medici.

L'Associazione Italiana tra i Professori di Odontoiatria e Protesi dentaria:

venuta a conoscenza che S. E. il Ministro della P. I. ha richiesto alle Facoltà mediche del Regno il loro parere circa l'opportunità o meno di ridurre a cinque anni il corso degli studi di medicina;

considerato che tale riduzione, mantenendo inalterato l'attuale ordinamento, è in contrasto collo sviluppo odierno degli studi medici, il quale ha già indotto alcune nazioni ad aumentare gli anni di corso della medicina;

crede necessario modificare il presente ordinamento degli studi nel senso che questi rappresentino una preparazione migliore dell'attuale all'esercizio professionale;

ritiene che tale concetto sia realizzabile nel modo migliore istituendo un corso di quattro anni che conduca al dottorato in scienze mediche ed uno successivo della durata minima di due anni diretto all'insegnamento dei vari rami della medicina (medicina generale, chirurgia generale, specialità) alla fine del quale sia concesso un diploma che solo abiliti all'esercizio professionale;

delibera di esplicare la propria attività presso la classe medica italiana per indurla ad agitarsi per il conseguimento di tale scopo.

Cronaca del movimento professionale.

Per la cassa Pensione dei medici condotti.

L'Assemblea dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Trapani: atteso che ancora non è stata promulgata la nuova legge sulla Cassa pensione dei Medici dipendenti dagli Enti locali; riconosciuto che la legge suddetta corrisponde ad un principio di giustizia lungamente invocato dalla Classe Sanitaria; *delibera*: far voti al Governo del Re perchè voglia, con ogni sollecitudine, fare in modo che la legge sia effettivamente promulgata.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Continuazione della sottoscrizione (vedi fasc. 14):

(VARIE):

Dott. Valsetti (Mornica al Serio) . . . . » 20 —
Dott. Zuccoli (Iseo - Brescia) . » 50 —
Prof. De Francisco (Lodi) . » 40 —
Dott. Maggi (Lodi) . . . . » 25 —
Dott. Stradiotti (Lodi) . . » 50 —
Dott. Cauzzi (Lodi) . . . » 10 —
Dott. Del Forno (Lodi) . . » 10 —
Dott. Boggi (Lodi) . . . » 20 —
Dott. Ferri (Milano) . . . » 20 —
Dott. Ferrini (Milano) . . . . » 20 —
Dott. Piezini (Milano) . . . » 20 —
Dott. Loribi (Milano) . . . » 20 —
Dott. Meda (Milano) . . . » 20 —
Dott. Buzzoni (Milano) . . . » 20 —
Dott. Villa (Milano) . . . » 20 —
Dott. Ambrosini (Milano) . . » 20 —
Prof. Levini (Milano) . . . » 200 —
Dott. Ghirimoldi (Milano) . . » 100 —
Ten. Col. Bellinzona (Milano) . » 100 —
Cap. Med. Cattaneo (Bergamo) . » 80 —
Cap. Med. Madugno (Bergamo). » 80 —
Cap. Med. Parigi (Bergamo) . » 80 —
Ten. Col. R. Giani (Bergamo) . » 10 —
Magg. Med. Ris. Castelli (Bergamo) . . . . . . » 20 —
Cap. Med. Cattaneo (Bergamo). » 80 —
Dott. Torlaschi (Milano) . . » 10 —
Dott. Bedeschini (Milano) . . » 10 —
Dott. Buschi (Milano) . . . » 10 —
Dott. Franceschetti (Milano) . » 10 —
Dott. Cappi (Milano) . . . » 10 —
Dott. Scuppa (Milano) . . . . » 10 —
Dott. Coniglio (Milano) . . . » 10 —
Dott. Scalini (Milano) . . . » 10 —
Dott. Barazzoni (Milano) . . . » 10 —
Dott. Corbetta (Milano) . . . » 10 —
Dott. Benvenuti (Milano) . . » 10 —
Dott. Miglio (Milano) . . . » 10 —
Dott. Boglioni (Milano) . . . » 10 —
Dott. Granzella (Milano) . . » 10 —
Dott. Scalfi (Milano) . . . . » 100 —
Dott. Gozzi (Milano) . . . » 100 —
Dott. Verdoni (Milano) . . . » 50 —
Dott. Devoto (Milano) . . . » 50 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGOLINO (*Brescia*). — Ab. 5039, di cui 1500 pov.; L. 7000 per 1000 pov., addizion. L. 3 fino a 2000, L. 4 oltre; L. 1000 trasp.; L. 510 uff. san.; 2 c.-v.; L. 700 per ogni quinquennio maturato fino a sei. Scad. 11 aprile.

CAMAIORE (*Lucca*). *Ospedale S. Vincenzo e S. Michele*. — Medico interno aiuto del direttore chirurgo. Scad. 16 apr. Titoli ed esami. L. 6050, un terzo sui proventi delle operaz. chirurgiche e delle visite ai paganti. Nomina per 4 anni, se non verrà licenziato alla fine del 1° anno; possibile riconferma. Domanda al presidente dell'Ospedale. Età limite 30. Chiedere annunzio.

CASTEL CAMPAGNANO (*Caserta*). — Scad. prorogata, 30 aprile, ore 12.

CODEVICO (*Padova*). — Scad. 20 apr. L. 9000, c.-v. in L. 3150, quale uff. san. L. 350, trasporto; aum.

FIANO (*Torino*). — Consor.; L. 5000; primo c.-v.; L. 1800 trasp.; L. 500 uff. san.; quinquenni. Scadenza 15 aprile.

FORLIMPOPOLI (*Forlì*). — Scad. 15 apr. Comprimario Ospedale e servizio condotta 2° reparto; L. 8000, oltre L. 600 servizio obbligat. Ospedale; addiz. L. 2 sopra 1000 pov.; L. 2500 cav.; c.-v.

GALLICANO NEL LAZIO (*Roma*). — Kmq. 24.98, ab. 1693 di cui 50 sparsi, pov. 100. L. 7000, oltre L. 300 uff. san., L. 500 residenza, L. 1000 arm. farm., c.-v. Scad. 30 aprile.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª cond. residenziale; scadenza sessanta giorni dal 1° marzo; età limite 45. L. 7000 oltre le indennità c.-v. Chiedere annunzio.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 15 apr., per Ponte a Signa; L. 6000 e 8 trienni dec.; c.-v. con limitazioni; L. 1500 spese trasp. Ab. 4450, di cui 1250 pov. Età lim. 39. Voto di laurea. Chiedere annunzio.

LUBRIANO (*Roma*). — L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 500 disag. resid., due c.-v. Ab. 1500, di cui 80 iscritti el. pov. Per uff. san. L. 300. Scad. un mese dal 15 marzo.

LUGO (*Ravenna*). — *Ospedale Umberto I*. — Assistente del Reparto medico. Scad. 30 aprile. Età lim. anni 35. L. 3600, vitto e alloggio in Ospedale e 40 % sui redditi di Laboratorio. Si richiede pratica di Laboratorio in chimica e batteriologia.

MILANO. *O. P. Poliambulanza delle Specialità Medico-Chirurgiche* (Via Arena, n. 40). — Dirigente la Sezione Ambulatoria « Malattie veneree e sifilitiche ». Titoli. Scad. 30 aprile. Presentare i titoli di rito e carriera alla Direzione Medica.

MONTE S. GIACOMO (*Salerno*). — Scad. 15 aprile. L. 5200.

MORIAGO (*Treviso*). — L. 6000; mezzo di trasporto L. 2500; doppio c.-v.; uff. san. L. 400; alloggio gratuito. Condotta libera; scadenza 15 aprile. Chiedere avviso.

ONANO (*Roma*). — A tutto 25 apr., L. 7000 per 2000 (*sic*) pov., 5 quadrienni dec., addiz. L. 1.50, L. 300 uff. san., c.-v. come statali, L. 500 disag. resid. Popolazione agglomerata.

SACILE (*Friuli*). *Ospedale Civile*. — Medico capo-reparto medicina e detto chirurgia; L. 7000 e c.-v. in L. 1980. Scad. ore 18 del 15 mag. Docum. all'Ufficio d'amministrazione. Età mass. 42. Quadriennio Clin. universit. od Ospedale civ.; per il med. capo pratica manicomiale. Nom. triennale. Chiedere annunzio.

SANTA LUCIA DEL MELA (*Messina*). — Due cond. L. 6000 oltre L. 1200 cav., sempre che sia dimostrato il possesso di fatto e che dall'Amm. com. sia riconosciuto il bisogno, L. 200 serv. osped. annesso alla cond. del capoluogo; 5 quinq. decimo; 2 c.-v. Scad. 30 apr. Età lim. 40. Adesione entro 10 g. Ab. 2630 e 2536.

SCANSANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag. Due cond., L. 10,000 per 1000 pov.; 4 sessenni dec., addiz. L. 2; doppio c.-v.; L. 2000 cav.; assicur.

SUZZARA (*Mantova*). — Scad. 30 apr. L. 9000 oltre doppio c.-v., L. 4000 cav., 10 bienni ventes., L. 350 per ogni 100 pov. o frazione sopra il terzo della popol. che è di circa 6000 ab. Le cond. sono due.

TRECHINA (*Potenza*). — Scad. 1° maggio. Età limite 65. L. 3000 per 300 poveri, L. 10 per ogni pov. in più. Documenti di rito. Chiedere annunzio.

TERNI. *Ospedale Civico*. — Un chirurgo aiuto-chirurgo cond.; L. 5000 e indennità di cond. Due assistenti; L. 4000. Caro-viv. Nom. biennale. Accettaz. entro 10 giorni. Età limite 35; pel chir. aiuto elevato a 40 se ha prest. serv. di guerra. Chiedere annunzio. Scad. 30 aprile.

TOANO (*Reggio Emilia*). — Scad. 25 apr. L. 8000 e 5 quadr. decimo, L. 2500 cav., L. 1000 c.-cav., L. 750 uff. san., L. 500 spese d'ambulatorio (a carico del sanitario), primo c.-v.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Due aiuti medici, 1 aiuto chir., 1 in dermosifil., 1 in oculist.; L. 4800 lorde; tit. ed es.; nom. biennale, conferma annuale: età lim. 35; laurea da 6 anni; servizio quadriennale in osped., clin. univ. o condotte; eccez. per gli assistenti dell'Osped. Quattro med.-chir. assist., tit. ed es.; L. 4500 lorde; nom. biennale, conferme biennali; età lim. 30. Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 16 apr.

VIAREGGIO (*Lucca*). *Ospedale Umberto I e Margherita*. — Medico interno-chirurgo (*sic*); L. 2700 (*sic*) annue lorde, vitto e alloggio; c.-v. in L. 200 mensili; partecipaz. proventi straordinari. Scad. ore 17 del 15 apr. Età mass. 30. Docum. all'Ufficio di Segreteria della Congr. di Car. Preferenza: cognizioni di radiologia. Servizio entro 10 g. Accettazione preventiva di tutte le variaz. e modificaz. eventuali del regolam. e ruolo organico.

CONCORSI A PREMIO.

TORINO. *R. Accademia di Medicina*. — È aperto il concorso al 14° « Premio Riberi » di L. 2000. Possono concorrere tutti coloro che presentano lavori scientifici entro i termini stabiliti. I lavori scritti a macchina, o stampati, nel qual caso in data non anteriore al 1920, debbono essere in doppio esemplare e nella lettera accompagnatoria saranno accennate dal concorrente quelle parti o argomenti più importanti sui quali intende richiamare l'attenzione dell'Accademia. I lavori devono essere spediti alla R. Accademia di Medicina di Torino entro il 31 dicembre 1923.

Premi di fondazione «Angelo Minich».

Concorso pel triennio 1922-1924. Tema: «Apportare nuovi contributi allo studio dell'influenza che il sistema endocrino esercita sullo scheletro». Premio di L. 5000, Scad. 31 dic. 1924. Rivolgersi alla Segreteria della Scuola «Angelo Minich», Ospedale Civile - Venezia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Carlo Trevisanello, docente di patologia medica a Genova, è stato, in esito a concorso, nominato medico primario negli Ospedali Civili di questa città.

NELLE UNIVERSITÀ.

Sono nominati straordinari, in seguito a concorso, i proff. Alberto Agazzotti, di fisiologia a Catania; Cesare Decio, di clinica ostetrico-ginecol. a Sassari; Leone Lattes, di medicina legale a Modena (era già a Messina); Nicola Leotta, di patologia chirurgica a Cagliari; Ugo Lombroso, di fisiologia a Messina; Rossi Gilberto, di fisiologia a Firenze.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Pietro Galli in clinica ostetr.-ginecol. a Pavia; Clearco Piazza in patologia medica a Modena; Glauco Casagrandi in clinica oculistica a Padova; Leopoldo Veronese in clinica pediatrica a Padova.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Pietro Caliceti, in clinica otorinolar. da Catania a Bologna; Domenico Carbone in igiene e polizia medica da Bologna a Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Italia alla Esposizione internazionale d'Igiene di Strasburgo.

Il 1° del prossimo mese di giugno si inaugurerà a Strasburgo l'Esposizione scientifica e industriale d'igiene, che si sta preparando sotto l'alto patronato del Governo francese e del presidente della Repubblica Millerand.

La cerimonia di apertura dell'Esposizione coinciderà con la celebrazione ufficiale del centenario della nascita di Pasteur, che il Governo francese ha stabilito di effettuare in quella medesima circostanza, unitamente all'inaugurazione del monumento elevato per sottoscrizione internazionale, alla gloria del grande scienziato.

Anche l'Esposizione, per quanto aperta alle manifestazioni di tutti i rami dell'attività scientifica e industriale, avrà il duplice scopo, specie nel campo vastissimo dell'igiene, di porre in rilievo il prevalente valore della scienza quale guida indispensabile alle industrie e di valorizzare la tecnica industriale, quale aiuto indispensabile alla scienza.

I gruppi dell'Esposizione sono i seguenti: 1) Microbiologia e Parassitologia (malattie contagiose e tropicali, malattie delle piante, degli animali, dei bachi da seta, degli insetti, della vite, ecc.); 2) Chimica e industrie chimiche (prodotti farmaceutici, antisettici e igienici, profumerie, ecc.); 3) Igiene pubblica (sociale, scolastica, militare, navale, coloniale, industriale, ecc., malattie celtiche, alcoolismo, tubercolosi, cancro, ecc.); 4) Igiene generale (idrologia, climatologia, talassoterapia, turismo, educazione fisica, ecc.); 5) Assistenza e previdenza sociale (ospedali, assicurazioni sociali, ecc.); 6) Statistica e demografia; 7) Igiene urbana (edilizia, ventilazione, riscaldamento, illuminazione, acque potabili, fognature, bagni, giardini operai, avicultura, ecc.); 8) Igiene alimentare (industrie alimentari), bevande fermentate (enologia, fabbriche di birra, ecc., alimenti e prodotti coloniali); 9) Industria del freddo; 10) Agricoltura (orticultura, arboricoltura, viticoltura, zootecnica, avicultura, agricoltura, piscicoltura, sericoltura, ecc.).

A fianco di quasi tutte le Nazioni civili del mondo, l'Italia parteciperà degnamente all'Esposizione di Strasburgo. Si sono già costituiti in Roma due comitati: l'uno di onore, sotto la presidenza dell'on. Mussolini, presidente del Consiglio dei Ministri, e l'altro esecutivo, del quale fan parte personalità eminenti per competenza specifica e attitudini organizzatrici, presieduto dall'on. Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma.

Tutto il lavoro di organizzazione farà capo al benemerito Ente Nazionale per le Industrie Turistiche (Roma, via Marghera, n. 6) cui dovranno rivolgersi tutti gli espositori italiani.

L'Italia avrà un padiglione proprio, come l'avranno altre nazioni e alcune grandi città: Parigi, Liegi, ecc.

I Comitati fanno appello, fin d'ora, a tutti gli studiosi, produttori e industriali italiani, perchè vogliano partecipare numerosi e con materiale ben scelto e interessante, alla prima grande Mostra internazionale, che si terrà in Europa dopo la grande guerra.

In occasione dell'Esposizione, Strasburgo sarà la sede di un gran numero di Congressi internazionali: di Medicina, di Puericoltura, della Tubercolosi, di Idrologia, delle Industrie frigorifere, di Zootecnica, di Agricoltura, ecc. Si terranno, inoltre, molti festeggiamenti, riunioni e gare sportive, ecc., di guisa che la Mostra e la pittoresca vallata del Reno diverranno la mèta di innumerevoli visitatori d'ogni paese.

Si comprende, senz'altro, l'importanza grande che assumerà l'avvenimento ed è desiderabile che le industrie nazionali, in particolar modo quelle che hanno un carattere scientifico e tecnico, vorranno partecipare largamente alla nobile gara internazionale, col proposito di fare sopratutto onore all'Italia.

III Congresso Nazionale dei tubercolotici di guerra.

È indetto dal 13 al 17 maggio in Trieste, dall'Associazione Nazionale Tubercolotici di Guerra. Verranno trattati temi d'interesse generale, relativi alla lotta antitubercolare nel nostro Paese.

Le Ferrovie dello Stato concederanno speciali facilitazioni ai partecipanti, che dovranno richiedere una tessera speciale rilasciata dal Comitato Centrale (Bologna, via delle Arti, 8).

Il Corso per medici di bordo a Padova.

Come era stato annunciato, il 1° marzo, nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Padova, venne inaugurato il Corso per Medici di Bordo. Il rettore prof. Lucatello rivolse ai convenuti il saluto del glorioso Ateneo. Il direttore del Corso, prof. Casagrandi, illustrò le ragioni che lo hanno indotto a considerare questo corso come di perfezionamento, animandolo con appositi insegnamenti oltre quelli del programma. Il prof. Castiglioni trattò poi, in una nutrita conferenza, del «Concetto del contagio e della difesa sanitaria attraverso i secoli».

Corso di perfezionamento in igiene.

In seguito ad autorizzazione ministeriale, a partire dal 1° maggio si terrà nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Palermo un corso bimestrale di igiene pratica per gli aspiranti alla carica di Ufficiale Sanitario. Vi sono ammessi i laureati in medicina e chirurgia veterinaria, chimica, chimica e farmacia, scienze naturali. Ricevuta di L. 300 rilasciata dall'Economo della stessa Università. Se non si possiede il microscopio, questo può essere concesso dall'Istituto, dietro pagamento di lire 50. Si terrà conto dell'ordine di presentazione delle domande.

Corso di perfezionamento in psichiatria.

Si terrà dal 20 giugno al 5 luglio, sotto la direzione del prof. Henri Claude, con la cooperazione di altri dieci insegnanti, presso la cattedra di Clinica delle malattie mentali nell'«Asile Sainte-Anne» a Parigi (1, rue Cabanis). Tassa d'iscrizione 150 fr.

Programma: i dati biologici e le grandi sindromi psichiatriche; le turbe endocrino-simpatiche negli stati psicopatici; l'esplorazione dell'apparecchio endocrino-simpatico; i risultati della psicoanalisi; psicologia applicata e sperimentale; applicazione dei metodi psichiatrici agli esami medico-pedagogici e studio delle attitudini professionali.

Associazione Romana tra i cultori della elettrologia e radiologia medica.

Nell'ultima assemblea dell'Associazione Romana tra i cultori dell'elettrologia e della radiologia vennero rinnovate le cariche sociali. Riuscirono eletti: presidente, prof. Francesco Ghilarducci; vice-presidente, prof. Paolo Alessandrini; consiglieri: proff. Lorenzo Coleschi e Mario Serena, dott. Francesco Sabatucci; segretario-cassiere, dottor Sordello Attilj.

Professori che raggiungono i limiti di età.

Nel corrente anno compiono i 75 anni sei illustri Maestri: Luca De Rocco, di clinica dermosifilopatica a Catania (nato il 9 gennaio 1848); sen. Pio Foà, di anatomia patologica a Torino (26 gennaio); Francesco Falchi, di clinica oculistica a Pavia (28 feb.); sen. Leonardo Bianchi, di malattie nervose e mentali a Napoli (6 apr.); Luigi Pagliani, d'igiene a Torino (9 apr.); Alfonso Poggi, di patologia chirurgica a Bologna (18 dic.). Seguono in ordine cronologico: sen. Edoardo Maragliano, di clinica medica a Genova (nato l'1 giugno 1849); Vittorio Grazzi, di otorinolaringia a Pisa (3 ag.); Domenico Majocchi, di clinica dermosifilop. a Bologna (5 ag.); sen. Pietro Albertoni, di fisiologia a Bologna (22 sett.).

Nelle R. Terme di Salsomaggiore.

Il Consiglio dei Ministri ha testè deliberato di cedere l'uso e l'esercizio dei RR. Stabilimenti termali di Salsomaggiore alla Società anonima compartimentale tra mutilati ed invalidi di guerra, con sede in Roma.

La vendita di acque minerali estere in Italia.

Pervengono al Ministero dell'Interno frequenti domande di privati che chiedono di poter introdurre in Italia per uso personale, acque minerali estere per le quali non è stata autorizzata la vendita nel Regno a norma della legge 16 luglio 1916, n. 947, e del relativo regolamento 28 settembre 1919, n. 1924.

Finora il Ministero, ispirandosi a criterî di larghezza, quali apparirono consigliati da ragioni di opportunità in relazione alla recente scadenza delle facilitazioni che, in via provvisoria, erano state accordate alle acque minerali nazionali ed estere già in uso nel Regno alla data di pubblicazione della legge, non ha mai rifiutato di accogliere le richieste.

Attualmente però, di fronte alla piena andata in esecuzione della legge ed alle autorizzazioni già concesse ed in corso, il Ministero non ravvisa più la necessità di tali criteri, che indirettamente potrebbero frustrare le finalità della legge.

Sarà quindi data la più rigorosa attuazione all'art. 20 del Regolamento per il quale non sono ammesse alla importazione nel Regno le acque minerali estere delle quali non sia stata autorizzata la vendita a norma degli articoli 7 della legge e 8, 9, 10 del regolamento.

È morto a 68 anni il dott. Emanuel August MERCK, comproprietario della casa Merck di Darmstadt. Questa era stata fondata dal nonno, farmacista Heinrich Emanuel Merck. Egli assunse la direzione della fabbrica a soli 18 anni, in seguito alla morte del padre, dott. Georg Franz Merck; intraprese gli studi universitari di chimica e conseguì la laurea nel 1883. Fece prosperare in modo straordinario l'azienda; ricevette moltissime onorificenze e distinzioni, dalla Germania e dall'Estero.

M.

Si è spento a Davos il noto tisiologo dott. Lucius SPENGLER.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 20 dic. — R. SABOURAUD. Lo zolfo nella terapia dermatologica esterna.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 dic. — B. VASOIN. Nuovo segno patognomonico della peritonite tubercolare.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 15 dic. — F. RIETTI. I sintomi del crurale nella sciatica.

Bull. Ac. de Méd., 5 dic. — L. BERNAND. Igiene e salute pubblica negli Stati Uniti. — M. LABBÉ. Il levulosio nei diabetici. — H. DELAGENIÈRE. Innesto osteo-periosteo.

Paris Méd., 23 dic. — Numero in omaggio a Pasteur.

Presse Méd., 27 dic. — Idem.

Gaz. d. Hôp., 26 e 28 dic. — Idem.

Riforma Med., 1 gen. — L. BIANCHI, DOMENICO COTUGNO, V. CASSINI. Le putrefazioni intestinali nella tubercolosi.

Practitioner, gen. — Numero sulle operazioni chirurgiche nella pratica corrente.

Bull. Ac. de Méd., 19 dic. — BERNAUD e a. Tubercolosi e gravidanza. — MÉRICL. Ulcera semplice, tonda, callosa, dell'ileo. — F. DE LAPERSONNE. Accidenti oculari tardivi della rachianestesia.

Deutche Mediz. Wochens., 29 dic. — H. STRAUSS. Uremia e suo trattamento.

Journal de Méd. de Bordeaux, 25 dic. — L. CHARRON. Tossiemia gravidica e antianafilassi.

Journal Trop. Med. a. Hyg., 15 dic. — L. W. SAMBON. I *Linguatidae* come parassiti dell'uomo.

Wien. Klin. Wochens., 28 dic. — J. B. ANDREATH. Sul trattamento della tubercolosi.

Il Lavoro, 31 dic. — L. DEVOTO. La prevenzione della invalidità nello spirito della legge e della medicina.

Brazil-Medico, 9 dic. — F. TERRA e a. Micosi da Acrotheca associata a Leishmaniosi.

Boston Med. a. Surg. Journal, 21 dic. — C. W. MC CLURE. La funzione pancreatica.

Archivi.

Haematologica, VI e VII. — L. B. BÉTANCÈS. Immagini dette artificiali negli strisci di sangue. — G. CASOLARI, M. G. DE DOMENICO. Emoconi. — A. AZZI, L. DI MANO. Fagocitosi. — D. REITANO. Emoistoblasti e loro derivati nella leucemia monocitica.

Amer. Journ. Med. Sciences, dic. — W. T. LONGCOPE. Mononucleosi infettiva (febbre glandolare). — J. H. STOKES e P. W. BROWN. Sifilide gastrica. — N. B. FOSTER. Ipertensione e cardiopatie.

L'Encéphale, dic. — E. GLATAN e B. SAWICKI. Il neurofibroma cervicale. — C. I. URECHIA e D. N. ELEKES. Sifilide nervosa.

Ann. di Ostetr. e Ginec., dic. — F. C. PEZZINI. Rachianalgesia cocainica in ostetricia e ginecologia.

Arch. Mal. du Coeur ecc., nov. — E. TRÉMOLIÈRES e L. CAUSSADE. Le complicazioni cardiache e aortiche della malaria. — C. LAUBRY e ROUTIER. Insufficienza ventricolare destra da compressione dell'arteria polmonare da aneurisma.

Ann. di Med. Nav., ecc., nov.-dic. — R. VARRIALE. La litiasi salivare.

Edinb. Med. Journ., gen. — D. M. GREIG. Importanza e funzione del muscolo *teres minor.*

British Journal of Children's Dis., ott.-dic. — W. M. FELDMANN. Igiene prenatale. — F. J. POYNTON e altri. Emopatie gravi dell'infanzia. — E. CAUTLEY. Il tipo Pel-Ebstein di morbo di Hodgkin.

Giorn. di Clin. Med., 30 dic. — L. PONTICACCIA e C. LUSIGNANI. Sulla cosidetta «emoclasia digestiva».

Indice alfabetico per materie.

Bibliografia . . . . Pag. 473
Biopsia: tecnica . . . . » 476
Cronaca del movimento professionale . » 484
Crosta lattea: trattamento . . . . . » 478
Dermatologia: per un indirizzo razionale . . . . » 457
Diabete insipido: casistica . . . . . » 476
Dispnea notturna: trattamento tiroideo . » 477
Endocardite da «Streptococcus viridans» » 475
Erpete febbrile ed encefalite epidemica . » 477
Esercizio professionale dei sanitari stranieri in Italia . . . . » 479
Esercizio professionale di italiani diplomati all'Estero . . . . » 479
Espettorato: corpuscoli fucsinofili . . » 476
Gozzo esoftalmico: trattamento . . . » 477
Legge sanitaria: accertamento di infrazioni . . . . » 480
Malaria: terapia con la cinconina . . . Pag. 464
Malattia di Thomsen . . . . » 471
Mal di mare: patogenesi . . . . . . » 472
Microbi del gruppo tifo-coli: sopravvivenza decennale . . . . » 475
Obesità infantile: opoterapia . . . . » 477
Ordini dei sanitari: pubblicità dei provvedimenti deliberati . . . . . . » 479
Sole artificiale . . . . » 478
Studi medici: riforma proposta . . . » 481
Timo: il — . . . . » 476
Tumori midollari . . . . » 470
Ufficiali sanitari: nomine provvisorie . » 480
Vaccinazioni per via nasale . . . . . » 475
Virus di Danysz per la distruzione delle arvicole . . . . » 475

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 16 Aprile 1923 Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Parodi: Il meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale in base alle osservazioni anatomo-patologiche.

Osservazioni cliniche: G. Nicolich: Carcinoma della prostata curato col radio. — P. Para: Sopra una rara lesione della vescica urinaria.

Note e contributi: P. Marogna: Contributo allo studio della infezione malarica nella chirurgia.

Biografie: L. C. Massini: Di Luigi Pasteur e sua opera. — G. Sampietro: Per il centenario di Luigi Pasteur.

Sunti e rassegne: PATOLOGIA GENERALE: Q. Dorner: Colesterinuria e indacanuria. — DIAGNOSTICA: Poissonnier: Come diagnosticare un morbo di Pott? — MEDICINA INTERNA: Natali: Pleuriti colesteriniche. — CHIRURGIA: L. De Luca: Cancro bilaterale del seno.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: R. Accademia di medicina di Torino.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Fegato e vie biliari: Setticemia streptococcica e cirrosi di Hanot. — Tifo addominale e cirrosi epatica. — Sindromi addominali associate a malattie della cistifellea. — Risultati lontani di 100 colecistectomie per colecistite. — Miscellanea: Sulla terapia antireumatica locale. — L'iperpiressia nel trattamento dell'asma. — Ricerche sull'azione vascolare dell'adrenalina nell'uomo. — SEMEIOTICA: Valore dei metodi di ricerca dei bacilli di Koch nell'espettorato. — IGIENE: La pulitura a secco degli indumenti. — POSTA DEGLI ABBONATI.

Politica sanitaria e giurisprudenza: Per le pensioni dei sanitari. — Le Assicurazioni sociali. — Questioni pratiche.

Nella vita professionale: Pangloss: Il mestiere di tutti. — Insegnamento superiore. — Medicina sociale: Il Convegno nazionale per l'assistenza infermiera. — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

Il meccanismo d'azione del pneumotorace artificiale in base alle osservazioni anatomo-patologiche

per il dott. FELICE PARODI.

Forlanini nel 1908 pubblicava i suoi primi otto casi di tubercolosi curata col pneumotorace e di due tra di essi ne dava anche il reperto anatomo-patologico. La particolare concezione del processo tubercolare che aveva condotto il Maestro al pneumotorace pareva essere confermata dai suoi succitati reperti che avrebbero dovuto provare l'*influenza benefica del riposo polmonare e la cicatrizzazione per la compressione delle lesioni tubercolari*, specie di quelle ulcerose. Dopo Forlanini le osservazioni vennero riprese, il meccanismo d'azione del pneumotorace discusso ed i canoni fondamentali sui quali Egli aveva eretta e giustificata la applicazione del pneumotorace, messi in dubbio ed oggi quasi abbandonati. Rimase fortunatamente nella pratica il pneumotorace. Ma si moltiplicarono le teorie per spiegarne l'azione. Le ipotesi attualmente in discussione sono le seguenti:

1) l'azione delle alterazioni circolatorie attive o passive, in eccesso o in difetto che sarebbero determinate dal pneumotorace;

2) l'importanza del ritardo della circolazione linfatica del polmone trattato;

3) l'azione di regolarizzazione biologica del pneumotorace sui prodotti del ricambio bacillare dei focolai polmonari;

4) l'azione meccanica di immobilizzazione dei tessuti ammalati.

Parecchi lavori si susseguirono a sostegno e dimostrazione dell'una e dell'altra tesi.

Giova dire per altro che sino ad oggi nessuno ha portato l'elemento di giudizio definitivo. Nel frattempo molte inesattezze si sono corrette e molto fu anche mutato dalle prime constatazioni anatomo-patologiche di Forlanini.

L'istopatologia non può risolvere il problema che solo sarà chiarito dalle osservazioni sperimentali oggi troppo scarse ed insufficienti. Comunque l'osservazione anatomica è di grande interesse anche pratico, perciò mi sono indotto a pubblicare questo mio unico caso. Esso fu da me studiato due anni or sono, e non avevo creduto di renderlo noto nell'attesa di più ampio materiale. Un recente lavoro di

Lindblom apparso in Germania (1) interessante e ricco per numero di casi mi persuade oggi a farlo. Esso mentre si presta a qualche discussione presenta d'altra parte molti elementi di conferma alle idee da me esposte in un recente lavoro (2). Il mio intento è pertanto quello di portare un modesto contributo alla osservazione anatomo-patologica, riservando a più tardi una rivista d'assieme di tutta la questione.

T. J., anni 19. Entra in Sanatorio ad Hauteville con diagnosi di ulcero-caseosi del lobo superiore sinistro. Da oltre un anno la infezione è in aperta attività. Si inizia il pneumotorace il 1º dicembre 1919. A quest'epoca il polmone destro appariva clinicamente e radiologicamente integro. La cavità del pneumotorace è in principio abbastanza ampia, il lobo superiore non è compressibile perchè aderente tranne alla sua parte estrema che forma come un recesso diverticolare della cavità del pneumotorace. Il lobo inferiore è invece *bene compresso*. Alla IV insufflazione si manifesta una pleurite essudativa tubercolare: positiva la ricerca dei bacilli di Koch. La temperatura è subfebbrile. Il peso va però progressivamente diminuendo da 53 Kg. il 20 novembre 1919 a 43 Kg. il 21 agosto 1920.

La morte avviene improvvisamente per emottisi irreducibile il 13 settembre 1920.

Esame macroscopico. — Infiltrazione polmonare a tendenza ulcerosa del lobo superiore destro a focolai caseosi ed ulcerosi, disseminati, che la radioscopia non aveva rivelati e appena solo accennati negli ultimi tempi, alla ascoltazione. Sinfisi delle pleure lungo la scissura.

A *sinistra* al lobo superiore una grande caverna non compressa colma di liquame ematico purulento. Il lobo inferiore è ben compresso da un pneumotorace la cui pressione era stata nell'ultimo periodo elevata fortemente a scopo emostatico.

Nel parenchima noduli caseificati di grandezza varia dalle dimensioni di una nocciola a quelle di una testa di spillo, alcuni di essi in via di colliquazione, *non compressi*, malgrado il polmone apparisca fortemente atelettasico. Pleurite scissurale, noduli miliari disseminati lungo la scissura.

Nulla alla base che è fortemente accollata alla linea mediastinale.

Nel cavo pleurico 500 cmc. di liquido citrino-ematico che l'esame microscopico dimostra contenere linfociti e globuli rossi in scarsa quantità. Forte sclerosi della pleura.

Esame microscopico. — Le sezioni vennero portate su tre diversi punti del polmone sottoposto a pneumotorace e cioè alla parte cavernosa non compressa del lobo superiore all'1/3 medio del lobo inferiore ben compresso, alla base macroscopicamente immune da infiltrazione e pur essa in completo collasso.

Di ogni pezzo vennero studiate quattro colorazioni: ematossilina-eosina; ematossilina-van Gieson; Weigert-fibrina; Weigert-fibre elastiche.

Parte cavernosa. — Le pleure viscerali e parietali sono completamente aderenti: il punto di separazione è segnato da una sottile barriera di fibre elastiche qua e là e talora largamente interrotta e sostituita da connettivo di neoformazione, ricco di vasi, che invade la caverna tubercolare nelle cui pareti il parenchima è quasi irriconoscibile, sostituito da connettivo particolarmente stipato; alla periferia e da elementi di infiltrazione, linfociti ed emazie. I capillari e le vene notevolmente ectasici, con lacune emorragiche negli spazi interstiziali. Si notano processi di trombosi e di degenerazione dei vasi e delle pareti della caverna.

Lobo medio: alcuni noduli caseosi uno dei quali, il maggiore, solo parzialmente limitato da connettivo giovane proliferato negli interstizi degli alveoli che lo circondano, non esiste una vera capsula quale si osserva invece nel minore di detti focolai che appare essere un bronchiolo lobulare. Nelle vicinanze cellule giganti. Gli alveoli si presentano sotto due differenti aspetti, stipati e ridotti a fessure cariche di detriti cellulari e di epitelio desquamato, senza traccia di fibrina, oppure enormemente dilatati per enfisema. I bronchi ed i vasi, *anche i più piccoli, appaiono beanti*. Negli spazi interstiziali i capillari e le venule sono dilatati. Il connettivo è irregolarmente disposto, ora ammassato e compatto, specie attorno ai grandi vasi e bronchi, ora ridotto a poche fibre che occupano gli spazi interstiziali. I setti interlobulari sono notevolmente ispessiti e ricchi di vasi. Qua e là piccoli cumuli di cellule linfoidi, più numerose attorno ai focolai caseosi, infiltranti anche il connettivo denso.

Le fibre elastiche sono frammentate negli alveoli, ben conservate nei vasi e nei bronchi.

Lobo inferiore. — Gli alveoli sono in alcune zone in collasso completo. Domina l'enfisema atrofico e la pneumonite da stasi, non vi è traccia di infiltrazione linfoide del tipo osservato nel lobo medio.

Le pleure sono fortemente sclerotiche, ricche di vasi, in alcuni punti in trasformazione fibroide ed in degenerazione, non esiste traccia di endotelio.

Epicrisi. — Tubercolosi ulcero-caseosa del lobo superiore destro. Caverna al sinistro. Pneumotorace parziale mantenuto da dieci mesi con scarso successo clinico, se si eccettui una certa attenuazione della fenomenologia esteriore. La infiltrazione si è aggravata nel lato opposto, l'evoluzione ha proseguito e la morte è intervenuta per ulcerazione di un grosso ramo dell'arteria polmonare, episodio di una broncopolmonite caseosa, subacuta terminale come è anche indicato dall'invasione per le vie linfatiche dei tubercoli miliari principali.

L'anatomia patologica dimostra nel suo complesso una prevalenza dei processi proliferativi interstiziali su quelli essudativi e neofor-

(1) SVEN LINDBLOM. Beitr. z. Klin. d. Tuberk., 52, Bd. 1, Heft 1922.

(2) PARODI. *Sulla misurazione e valutazione delle pressioni nel pneumotorace artificiale.* Tuberc., vol. XIV, fasc. 6.

mativi endoalveolari. Il lobo medio compresso presenta un evidente arresto nella progressione del processo mentre nel lobo superiore il rammollimento caseoso ha proseguito e nel polmone opposto la infiltrazione si è notevolmente estesa. Ciononpertanto anche nel lobo compresso esistono delle figure istologiche che denunciano la presenza del bacillo di Koch.

I noduli caseificati, certamente anteriori al trattamento col pneumotorace, non presentano ancora un incistamento connettivale, anzi sono circondati da una corona di elementi linfocitoidi, che denunziano l'attività del processo. La scarsa capacità delle lesioni tubercolari a produrre *spontaneamente* connettivo tradisce la tendenza ad una evoluzione grave della lesione, che il pneumotorace non è riuscito fondamentalmente a dominare.

Questo reperto richiama anzitutto l'attenzione sui seguenti fatti importantissimi: sulla presenza cioè di focolai non incistati caseosi, e di figure istologiche che denunciano l'attività e la possibilità di diffusione della infezione tubercolare anche in un polmone sottoposto a pneumotorace e ciò contrariamente a quanto Forlanini aveva affermato. Come ho già qui fatto osservare, i noduli caseosi della parte del lobo medio non sono compressi, e neppure rinchiusi da un connettivo sclerotico che possa interpretarsi come un processo di guarigione. Al contrario attorno ad essi vi sono delle cellule giganti ben individuabili e tutta una barriera di elementi linfoidi che denunciano un processo tubercolare capace di estendersi. Focolai in attività furono anche trovati da altri autori, ma più importante nel caso presente è il reperto *dei cumuli linfoidi in pieno tessuto compresso*, cumuli che hanno il significato di lesioni tubercolari iniziali.

Molto interessanti in proposito sono le osservazioni di Lindblom (1).

In quattordici casi, sui quindici da lui studiati, riscontrò *veri focolai tubercolari* recenti sotto forma di tessuto di *granulazione tubercolare* e di *pneumonite fibrino-leucocitaria*. Il maggior numero lo rinvenne nei polmoni compressi solo da pochi mesi e sopratutto là dove il *connettivo* non era *molto sviluppato*. Evidentemente adunque col pneumotorace non si sopprime l'attività del processo tubercolare e neppure se ne impedisce la disseminazione.

Quale significato deve allora attribuirsi al tessuto connettivale che indubbiamente si forma più abbondante nei polmoni sottoposti a collassoterapia e che viene considerato come un processo di guarigione e quali sono le vie di propagazione dell'infezione?

La distribuzione del tessuto connettivale nel polmone trattato con pneumotorace è quasi sistematizzata. In generale, così anche nei miei preparati si osserva più esteso e più compatto nelle zone circostanti ai focolai tubercolari, occupa essenzialmente gli spazi interalveolari e solo in secondo tempo si interna negli alveoli collabiti. Contrariamente adunque a quanto si osserva nei focolai tubercolari *non trattati*, nella tubercolosi sottoposta a collassoterapia la pneumonite interstiziale è sempre ed in modo *assoluto* predominante, sulla alveolite fibrovascolare.

Nei miei preparati il tessuto connettivo si mostra per lo più, ma non sempre, abbondante intorno ai vasi, ed ai bronchi, particolarmente ai maggiori.

I vasi sembrano talora collegati tra loro da veri cordoni connettivali. Lo stesso reperto denunciarono Forlanini, Bruns (1), Arena (2), Kuhn, ecc.

Lindblom, nei suoi casi, contesta invece questo fatto e contrariamente agli altri autori, afferma provenire il connettivo dai *piccoli vasi e non dalla pleura o dai peribronchi.*

Ciò può essere: se infatti si osservano gli elementi sopradetti circondati dal connettivo, si vede che l'ispessimento loro è più apparente che reale, e che, in parte, è certamente dato dall'accollamento delle pareti alveolari invase dal connettivo; d'altro lato neppure tutti i piccoli vasi sembrano dar origine a connettivo. È perciò verosimile che particolari condizioni siano necessarie per la connettivazione, essendovi le quali, tutti gli elementi connettivogeni sono capaci di entrare in attività.

Con questo concetto si può spiegare la differente distribuzione del connettivo nel polmone trattato. Non vi è infatti alcuna ragione per negare la sua origine dallo spazio peribronchiale, perivasale o peripleurico come sostiene Warnecke (3).

La maggior parte degli autori identifica queste condizioni nei disturbi della circolazione e particolarmente nella iperemia venosa e nella stasi linfatica.

Se qualche volta, anche frequentemente, tale iperemia si osserva è certo però che molte volte essa manca: sui 15 casi Lindblom la notò solo 7 volte. D'altra parte una differenza si osserva già nei diversi punti della medesima preparazione a seconda che il tessuto polmonare è tubercolizzato o non.

Queste osservazioni hanno però un valore

(1) LINDBLOM. 1921 e 1922, Stoccolma. Beitr. z. Klin. d. Tuberck., Bd. 52.

(1) BRUNS. Beitr. z. Klin. Tuberck., 12, s. 1.
(2) ARENA. Congr. Roma, 1913.
(3) WARNECKE. Beitr. z. Klin. Tuberk., 16, 1910.

molto relativo perchè mancano dati sperimentali sicuri circa le condizioni della circolazione nel polmone sottoposto a compressione pneumonica.

Io non credo che una legge generale possa rispondere alle evenienze pratiche poichè nel polmone infiltrato da tubercolosi e sottoposto a trattamento la circolazione capillare e venosa può essere influenzata da molteplici cause *extra ed intrapolmonari*, e cioè:

Cause extrapolmonari: *a*) Modificazione della vis a tergo (vizi valvolari, miocarditi, ipoplasie del cuore e dei vasi, pericarditi).

b) Ostacoli meccanici, per aumento di pressione nel mediastino, (mediastiniti, tumefazioni mediastinali, ecc.) che danno come conseguenza una diminuzione della portata diastolica per diminuito deflusso venoso e diminuita espansione del miocardio.

c) Spostamento del mediastino che determina torsione o stiramento del peduncolo polmonare, conseguenza questa di difficile valutazione, nei rapporti della circolazione endopolmonare.

d) Modificazione della massa sanguigna per diminuita aspirazione toracica in causa di versamenti, aderenze, sovracompressione in un pneumo, immobilità del diaframma.

Cause intrapolmonari: *a*) Alterazioni dei rapporti di pressione tra spazio pleurico e spazio bronchioalveolare per compressione, per caseificazione dei piccoli e medi bronchi (1).

b) Modificazione patologica dell'area di circolazione capillare (trombosi, enfisema, infiltrazioni parenchimatose estese, pneumoniti interstiziali.

c) Cause infiammatorie.

Sebbene non sia possibile valutare l'importanza di ciascuna di queste cause in ogni singolo caso pur tuttavia noi dobbiamo ritenere che esse esistano sempre ed in varia misura modifichino la circolazione della rete alveolare, per cui non sempre si ottiene, pel fatto della compressione, una iperemia passiva.

Probabilmente hanno importanza solo le modificazioni locali che tendono ad apportare nel polmone una deficiente nutrizione, condizione questa che rende possibile la vita del tessuto meno differenziato ed evoluto per funzione, quale il connettivale. Per le stesse ragioni il connettivo può proliferare con maggior abbondanza anche sotto l'azione di una certa quantità di tossine che non permettono invece la vita ai tessuti fisiologicamente superiori quali gli endo- ed epiteliali.

(1) Secondo ROMANOFF, CLOETTA e BRUNS la diminuzione della pressione negli alveoli e nei bronchi migliorerebbe la circolazione mentre l'aumento (enfisema) la peggiorerebbe.

Duplice è adunque il meccanismo di formazione del connettivo nel polmone trattato con pneumotorace: l'azione tossica e la abnorme irrorazione sia per difetto che per eccesso. Il che spiega come noi possiamo trovarlo anche là ove vi è anemia, senza ricorrere all'ipotesi della stasi linfatica non sperimentalmente sicura.

Io non credo pertanto che si possa seguire Lindblom nel suo giuoco di ipotesi tendente a dimostrare la esistenza ed importanza della iperemia passiva nella produzione del tessuto connettivale. Così si può affermare che:

Col pneumotorace si raggiunge lo scopo di determinare in alcuni territori del polmone compresso una alterazione delle normali condizioni di vita, di promuovere indirettamente la formazione del connettivo che ha il significato di un tessuto di difesa biologica e non di un processo di guarigione, non in rapporto quindi con una sostanziale modificazione della attività del virus.

In tal modo non si potrebbe però ancora spiegare tutta l'azione che il pneumotorace esercita sull'andamento clinico delle lesioni trattate.

Nel mio caso, dopo dieci mesi, ed in alcuni di Lindblom dopo un anno di trattamento, la massa alveolare, se pur collabita, non lo era in modo assoluto e definitivo, infatti parte degli alveoli rimane beante, non solo, ma il connettivo invade solo parzialmente e saltuariamente gli spazi interalveolari con elementi ricchi di protoplasma perciò giovani. Dopo dieci mesi si ha quindi un parenchima ancora capace, se non di funzionare, certo a riespandersi. Lo stesso fatto è anche segnalato da Lindblom il quale nota una enorme differenza nella abbondanza della connettivazione nei diversi casi non spiegabile con delle perturbazioni di circolo; connettivazione più abbondante nei casi a miglior decorso.

Il carattere fondamentale della infiltrazione persiste quindi indipendentemente dall'azione del pneumotorace. Questo però non è vero in modo assoluto, giacchè se da una parte la tendenza fibrosa della lesione è favorita dal pneumotorace, dall'altra la tendenza essudativa ne è fortemente contrastata.

Infatti ad eccezione della desquamazione dell'epitelio alveolare e di scarso essudato negli alveoli e nei bronchi, io nulla ho rilevato nel mio caso che possa parlare di una tendenza infiltrativa essudativa della lesione. Lindblom

in parecchi casi trovò invece veri focolai di pneumonite essudativa: *questo però in polmoni da poco tempo soggetti a collasso. Da ciò ne consegue che la connettivazione nel polmone avviene in modo molto lento e che in primo tempo è necessario, per l'azione terapeutica, fare assegnamento esclusivo sul collasso meccanico.*

Dall'esame microscopico del mio caso ho già fatto rilevare che le cavità aeree alveoli, ma particolarmente i bronchi, non sono per nulla collabite non solo, ma che alla periferia dei blocchi caseosi si estendono zone in cui il contenuto in aria è normale od aumentato. Ciò fu già rilevato anche da Harras, Kisler, Lindblom, Aspath, Tomaszewski. Quanto maggiore è la quantità di connettivo che circonda le cavità aeree tanto più difficile ne è la compressione. *È per questo che i tessuti infiltrati o caseificati non sono affatto compressibili, anche perchè la forza di compressione non è uguale nei diversi punti.*

Solo gli alveoli a pareti integre, in primo tempo, collabiscono sotto l'azione del pneumotorace: gli altri lo possono ma tardivamente e per retrazione cicatriziale. Il collasso alveolare avviene in diverse direzioni, per lo più verso i grandi bronchi, i grandi vasi e i setti interlobari, che *funzionano come assai rigidi di contropressione.*

È limitato perchè, come dimostrò Tendeloo, le *pressioni nel parenchima polmonare non si propagano a grandi distanze,* lenta perchè l'aria si riassorbe con estrema lentezza, può essere impossibile se la zona compressa è enfisematosa, il che avviene con estrema frequenza per il parenchima che circonda i focolai infiltrati o caseificati.

Da ciò conseguono due proposizioni:

1) *Le pressioni del pneumotorace artificiale non possono mirare alla immobilizzazione del polmone che in qualunque modo è ipotetica.*

2) *La beanza delle vie aeree rende possibile anche nel polmone compresso la propagazione del virus a distanza.*

La prima questione ebbe da me svolgimento in un recente lavoro (1).

Circa la possibilità della seconda non vi è dubbio e per questo parla la presenza di focolai parenchimatosi di origine sicuramente aerea (Lindblom) e le esperienze di Schur e Plaschkes (2).

Malgrado la indubbia beanza dei canali bronchiali, il numero dei casi di embolia bronchiale non appare tuttavia molto elevato forse perchè, in causa del collasso, gli alveoli sono privi di elementi epiteliali, sui quali il virus attecchisce. Più frequente invece, anche nelle epoche più avanzate del trattamento, appare la propagazione per via linfatica.

(1) PARODI. Tubercolosi, vol. XIV, f. 6, 1922.

(2) SCHUR e PLASCHKES. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Tuberk., 13, s. 478 e Wiener klin. Woch., 21, 1913.

Bruns (1) sostiene addirittura che il pneumotorace favorisca la diffusione per detta via, Brauer e la sua scuola lo confermano ed appoggiano il loro punto di vista ammettendo la presenza di una stasi linfatica nel polmone compresso. Che la diffusione avvenga è possibile e nel mio caso due fatti potrebbero provarlo; la presenza di cumuli linfoidi senza continuità con focolai vicini e la produzione di granulazioni miliari lungo la scissura di natura sicuramente linfatica. È dubbio invece se la stasi esista, parlerebbero contro le esperienze di Warnecke (2) e di Shingu. Comunque è certo che in *un polmone compresso i processi di diffusione non acquistano carattere distruttivo, quale invece si osserva nella tubercolosi cronica non trattata.*

Per altro la propagazione per via linfatica deve essere necessariamente limitata a causa delle barriere rappresentate dal connettivo che in alcuni punti interrompe le vie linfatiche ed occlude gli spazi interstiziali: ciò dà ragione del perchè il tessuto polmonare delle basi, ad es., sia immune da infiltrazione, sebbene gli alveoli siano in minor collasso ed i loro spazi interstiziali più integri che non quelli delle zone parenchimatose prossime alla infiltrazione tubercolare.

Come non avviene una compressione completa delle vie aeree così non la si osserva neppure nei vasi sanguigni, la prova ne è che la diffusione del processo per questa via è tutt'altro che rara come attestano i casi di morte di portatori di pneumotorace per granulia polmonare (Lindblom, Reina...) (3).

Qui però si riscontra che la tubercolizzazione del parenchima compresso è molto meno fitta che non quella del polmone libero e ciò forse per la obliterazione degli spazi interstiziali, con connettivo proliferato, ma sopratutto per la presenza di larghe zone di enfisema polmonare, atrofico; in tali casi infatti, anche normalmente, si osserva che la granulia colpisce piuttosto le meningi che non il polmone.

Colla dimostrazione della beanza delle vie aeree, delle cavità patologiche anche minute

(1) BRUNS. Beitr. z. klin. Tuberk., Bd. 12, s. 1.

(2) WARNECKE. Loco citato.

(3) BRAUER SPENGLER. Handbuch d. Tuberk. — BRAUER u. SCHRÖDER. Leipzig, 1919. — REINA. Società med. chirurgica di Pavia, 19 maggio 1922.

e dei vasi, colla dimostrazione della presenza di focolai recenti tubercolari e delle possibilità della diffusione del processo anche nel polmone collabito, si viene contravvenendo ai principi fondamentali che avevano giustificata la collassoterapia. Ciò malgrado i vantaggi del pneumotorace nella cura della tubercolosi permangono e sono innegabili.

Ad esso non bisogna richiedere l'impossibile ed è appunto nel riconoscimento esatto del suo significato anatomo-patologico che noi troviamo le ragioni di successo e di insuccesso.

In base ad essa sembra di poter giungere alle seguenti affermazioni:

a) Nel polmone sottoposto a collasso la infiltrazione conserva il suo carattere patologico fondamentale (1).

b) Il pneumotorace di per sè non determina quindi la guarigione: esso però la favorisce in quanto crea delle condizioni adatte alla proliferazione del tessuto connettivale che rappresenta un elemento di guarigione ma non è l'espressione della cessazione dell'infezione.

c) È dubbio se il pneumotorace attenui il valore biologico del virus, certo la sua azione è resa più lenta e la sua diffusione è più difficile.

d) Il pneumotorace ostacola in diversa misura, ma *non elimina* la possibilità di propagazione per le differenti vie bronchiali, ematica, linfatica.

e) Il risultato definitivo del pneumotorace è molto tardivo: in primo tempo e per molto tempo esso agisce prevalentemente per azione meccanica diminuendo l'ampiezza delle superfici di assorbimento rappresentate dalle cavità aeree del parenchima con *tessuto epiteliale vitale integro*. Ciò dà ragione dei frequenti dissidi fra i fenomeni clinici e quelli anatomici.

In complesso si può dire che i grandi benefici del pneumotorace artificiale sono quelli di diminuire l'intossicazione e la frequenza delle infezioni endogene, di impedire le disseminazioni massive e la formazione di processi caseosi, di ostacolare la tendenza essudativa e di favorire invece quella neoformativa, tutto ciò, io credo, senza le assurde coazioni di un meccanismo unilaterale, quale le diverse teorie vorrebbero, ma per quell'armonica consonanza delle necessità biologiche per cui l'organismo ritrova sempre ed in ogni caso e con mille modi il suo equilibrio per la propria difesa.

Torino, novembre 1922.

---

(1) Gli accidenti pleurici nel pneumotorace ne sono la prova.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE REGINA ELENA — TRIESTE.

Carcinoma della prostata curato col radio.

Prof. GIORGIO NICOLICH.

Ho creduto di pubblicare questo caso per il risultato ottenuto dalla cura che, almeno fino adesso, sembra assai buono sia soggettivamente che oggettivamente.

B. L., d'anni 54, macchinista, uomo di robusta costituzione, ha la madre ancora vivente, il padre morì di tubercolosi polmonale, soffrì di blenorragia sedici anni or sono e di gastro-enterite, del resto fu sempre sano. Ebbe tre mogli, una morì di tubercolosi polmonale, una di carcinoma uterino, la terza è vivente e sana.

Circa un anno e mezzo prima di entrare all'ospedale cominciò a sentire il bisogno di orinare di frequente, non osservò mai sangue nell'orina nè provò dolori, l'orina fu sempre limpida. La pollachiuria a poco a poco aumentò, tanto da rendergli la vita impossibile, doveva orinare quasi ogni quarto d'ora, l'emissione dell'orina era seguita da forte tenesmo vescicale e rettale che spesso provocava l'espulsione di feci.

S. P. — L'ammalato, abbastanza bene nutrito, non presentava nessuna alterazione negli organi toracici e addominali; non si trovavano glandole inguinali ingrossate. L'esplorazione digitale per il retto rivelava l'esistenza di una prostata ingrandita, molto dura, con tre bernoccoli, due in corrispondenza del lobo destro uno a sinistra, quasi nella linea mediana; questi bernoccoli sporgevano nel retto come tre punte di consistenza legnosa.

L'uretra lasciava passare facilmente una siringa Nélaton n. 18. L'orina era limpidissima priva di albumina; il residuo vescicale dopo la minzione era di circa 100 cc. Addì 21 settembre 1922, in anestesia midollare praticai la cistotomia soprapubica per procedere poi alla fissione di quattro aghi di radio che il collega Ersettig, presente all'operazione, ebbe la bontà di mettere a mia disposizione dandomi in pari tempo tutte le istruzioni in proposito.

La mucosa vescicale non presentava nessuna alterazione meno che in corrispondenza del collo dove era molto iperemica e sollevata dai lobi prostatici. Prima d'infiggere gli aghi estirpai un pezzetto di prostata per l'esame istologico praticato dal prosettore Ferrari che dimostrò trattarsi di carcinoma.

Furono infissi quattro aghi per un complessivo di 20 milligrammi di radio, la vescica fu lasciata aperta leggermente tamponata con garza iodoformica che venne levata dopo tre giorni; non si mise nessun tubo sifone.

Gli aghi furono lasciati infissi per otto giorni, in modo che il paziente ricevette una dose globale di 1506 millicurie pari a 3840 milligrammi ora. L'estrazione degli aghi fu facilissima meno che per uno, perchè avendo do-

vuto fare un certo sforzo per estrarlo si ruppe la seta che lo teneva. Per estrarlo si dovette incidere lateralmente la breccia addominale e vescicale per poter introdurre le dita nel fondo della vescica ed estrarre l'ago. Non venne praticata nessuna sutura ma si pose nel cavo vescicale uno zaffo di garza iodoformica che venne levata tre giorni dopo e sostituita da un grosso tubo di drenaggio dal quale parzialmente usciva l'orina mista a frustoli di tessuto necrotico e contenente molto pus sanguinolento.

Non si ebbe mai febbre meno dieci giorni dopo tolto lo zaffo provocata da un'orchite sinistra che fu però di breve durata.

Il paziente non si lagnò mai di speciali disturbi alla vescica, l'orina che dopo alcuni giorni usciva tutta dal tubo sifone era sempre molto torbida, il lavacro che veniva praticato giornalmente con acqua ossigenata e soluzione fisiologica faceva uscire ogni volta una grande quantità di pus e di filamenti biancastri. Dopo trenta giorni tolto il sifone si mise una siringa a permanenza, che funzionò egregiamente fino alla completa cicatrizzazione della ferita avvenuta cinquantasei giorni dopo la operazione.

Il paziente potè subito orinare e vuotare completamente la vescica soffrendo un leggero bruciore durante la minzione. Con l'esplorazione digitale per il retto, quindici giorni dopo estratti gli aghi, non si sentivano più gli indurimenti della prostata.

Ho tenuto in osservazione il paziente in ospedale ancora un mese; prima di licenziarlo feci praticare una radiografia delle ossa del bacino, perchè egli si lagnava di dolori alla regione del sacro. Nelle ossa del bacino si videro delle macchie sospette.

Ho riveduto l'operato addì 19 gennaio, quattro settimane dopo la sua uscita dall'ospedale e lo trovai molto migliorato d'aspetto e contento del successo ottenuto, doveva però ancora orinare di frequente, circa ogni ora e mezza, l'orina era ancora torbida, la vescica si vuotava completamente.

Non si può avere la sicurezza che questo miglioramento sia di lunga durata, le macchie sospette vedute con la radiografia fanno temere che ci siano delle metastasi nelle ossa, complicazione abbastanza frequente nei carcinomi della prostata. In ogni modo l'ammalato non soffre più i disturbi vescicali perchè è tolto l'ostacolo al vuotamento della vescica; in qualche tempo si potrà giudicare se la scomparsa di questo ostacolo sia duratura. Presentemente esplorando la prostata si ha l'impressione ch'essa sia del tutto sparita.

Questo risultato è veramente impressionante per chi ha avuto occasione di osservare molti casi di carcinoma della prostata, e ricordi le sofferenze dei pazienti, la gravità degli atti operativi proposti per la cura del male che oltre d'essere pericolosi il più delle volte non riescono ad ottenere la guarigione.

Fra i diversi modi di cura del carcinoma della prostata col radio, mi sembra che il più razionale ed efficace sia quello usato nel mio caso, perchè aperta la vescica col taglio soprapubico si può vedere dove conviene infiggere gli aghi e si mette in riposo la vescica col drenaggio.

Con questo metodo il radio esercita la sua influenza soltanto sulla prostata e gli aghi si possono lasciare in posto otto ed anche dieci giorni; col metodo rettale ed uretrale non si può lasciare tanto a lungo il radio per non ledere la mucosa del retto e dell'uretra. Il radio può essere applicato anche per via transperineale mediante un trequarti che viene infisso nel perineo a destra e a sinistra del rafe perineale, levato il punteruolo si spinge attraverso il tubo del trequarti l'ago di radio al quale è attaccato un filo d'argento. Quando si ha la sicurezza di avere infisso l'ago nella prostata, si estrae il tubo lasciando in posto il filo che servirà poi a levare l'ago.

Mi sembra che con questo metodo si agisca troppo alla cieca e che sia da preferire il transvescicale.

***

In una recente pubblicazione sulla radio-terapia del carcinoma della prostata, comparsa nel n. 8 del « Journal of the American Medical Association » del 1922, il dott. Bumpus diede una estesa relazione sopra 217 casi di carcinoma della prostata curati col radio con i metodi uretrale e rettale e transperitoneale nel riparto urologico della clinica di Mayo a Rochester.

Dopo aver fatto cenno delle numerose controindicazioni a questa cura nei casi con metastasi ossee e con alterazioni renali, e dopo aver fatto un confronto fra la durata della vita dei pazienti curati col radio e di quelli non curati con questo mezzo, venne alle seguenti conclusioni:

La radio-terapia può essere usata in meno della metà dei casi di carcinoma della prostata e si potrà ottenere un prolungamento della vita dei pazienti soltanto in un quarto dei casi così curati.

In ogni modo si dovrà usare la radio-terapia nei casi scelti, per non creare delle false speranze al paziente e delle sconfortanti esperienze al medico.

OSPEDALE MANDAMENTALE ANGIOLONI
DI S. PIERO IN BAGNO DI ROMAGNA
diretto dal prof. OTTORINO TENANI.

Sopra una rara lesione della vescica urinaria.

Dott. PAOLO PARA, aiuto

Ritengo di fare cosa non oziosa fissando in questa memoria l'illustrazione di un caso, il quale, pur non avendo offerte serie difficoltà diagnostiche, rimase tuttavia alquanto oscuro, sulle prime, per il meccanismo col quale ebbe ad effettuarsi.

Trattasi di una donna, certa Guazzerini Annetta, di anni 31, da San Piero in Bagno, la quale, il 6 giugno 1922, mentre attendeva alla cucina, per staccare del lardo sospeso al soffitto avendo sdraiata una sedia sul pavimento, vi montò sopra, mettendo i piedi sulle due sbarre parallele, che costituiscono l'intelaiatura anteriore della sedia, posta orizzontalmente.

A causa dei movimenti un po' bruschi che fece la donna, sia anche perchè la sedia era mal connessa e tarlata, questa si sfasciò, e la donna precipitò al suolo, colle gambe divaricate, battendo colla regione perineale contro uno dei piuoli, che tengono unite le sbarre anteriori colle posteriori; e con tale violenza che l'estremità di esso, per quanto fosse circolare e pianeggiante perforò le vesti interposte e si conficcò nello spessore dei tessuti perineali.

Chiamato d'urgenza presso l'a. riscontrai una ferita lacera a margini frastagliati, della lunghezza di circa tre centimetri, sulla linea mediana del perineo e quasi ad eguale distanza dall'ano e dalla forchetta vulvare. Siccome al mio arrivo la donna si trovava in preda a forti dolori viscerali, vomito di sostanze alimentari, polso piccolo e frequente, cute pallida, sudore freddo, ed abbondante flusso emorragico dalla ferita perineale, decisi per l'immediato ricovero nel locale Ospedale Angioloni, per accertare l'entità della lesione e provvedere alla medesima.

Quivi l'attuale chirurgo direttore, prof. O. Tenani, per benevolenza e consiglio del quale rendo pubblica questa memoria, riscontrò che la ferita perineale, alla specillazione, penetrava profondamente, non essendo per altro possibile seguirne l'intero decorso, per lo stato dei tessuti contusi e frastagliati che rendevano il tramite tortuoso.

Sospettandosi una lesione vescicale, si praticò il cateterismo uretrale, che diede esito ad urina decisamente sanguinolenta. Si procedette quindi ad un esame accurato della vagina, attraverso la quale si sospettava fosse passato il corpo estraneo per ferire la vescica. Applicate le valve, si riscontrò che il fornice vaginale destro era occupato da un corpo estraneo imbevuto di sangue e di urina e che usciva per metà attraverso ad una lacerazione della parete vaginale, lunga 4 cm. circa, a due dita trasverse sotto l'apice del fornice corrispondente. Afferratolo colle pinze, si vide trattarsi di un brandello di tela strappato evidentemente alla camicia interposta dal trauma fra corpo estraneo e regione perineale. Dalla breccia, rimasta così pervia, fluiva urina commista a sangue.

Fin qui nulla di strano; senonchè, mentre dopo la rimozione del brandello di stoffa ci aspettavamo di mettere in evidenza due ferite, l'una in corrispondenza della parete posteriore e l'altra in corrispondenza della parete anteriore della vagina, con sorpresa ci accorgemmo dell'esistenza di una sola ferita in comunicazione colla cavità vescicale.

Dato lo stato grave della paziente con vomito continuo, singhiozzo, polso addominale, si procedette d'urgenza alla sutura della ferita vaginale, comprendendo nella sutura, mucosa vaginale e vescica a pieno spessore. Si applicò quindi una sonda di Nélaton a permanenza in vescica, ghiaccio sull'addome, soprassedendo a qualsiasi altro intervento.

Questi mezzi valsero ad arrestare immediatamente l'emorragia vescicale, non solo (come si controllò col cateterismo uretrale), ma la donna che, perdendo l'urina per la via vaginale, non avvertiva più lo stimolo fisiologico della minzione, liberata, dopo 4 giorni, della sonda vescicale a permanenza, riacquistò il potere di emettere spontaneamente le urine per la via uretrale.

Nel decorso post-operatorio si osservò una elevazione termica aggirantesi sui 37.5-38 gradi per i primi tre giorni; indi gradatamente la febbre cedette fino all'apiressia.

Dopo però si formò una raccolta purulenta nel fornice destro, raccolta che riaccese nuova febbre, iniziantesi con qualche brivido. Tale raccolta, data la vicinanza colla ferita, riuscì ad usurare l'apice del fornice destro, facendosi strada attraverso una piccola apertura, che venne da noi convenientemente allargata. Il pus continuò a scolare da essa per pochi giorni e nel contempo i fenomeni generali si attenuarono.

Senonchè, sul declinare di questa complicazione, esaminando la vagina durante una medicazione, ci accorgemmo di un gemizio di liquido, di odore e di aspetto urinoso, che fluiva attraverso un punto della primitiva sutura a pieno spessore.

Onde accertarci della esatta provenienza di quel liquido, con una siringa metallica iniettammo in vescica circa 50 cm. cubici di una soluzione di permanganato all'1 : 1000 e vedemmo che esso gemeva da un seno fistoloso, formatosi in seguito ad usura di un punto della primitiva sutura a pieno spessore, fra vagina e vescica.

Erasi formata quindi una fistola vescico-vaginale. La paziente continuò a perdere urina dalla fistola per circa 10 giorni; senonchè, quando incominciavamo già a disperare che tale seno fistoloso si chiudesse spontaneamente e a disporci per un'intervento radicale, la paziente stessa ci avvertì che aveva incominciato a risentire lo stimolo alla minzione e che la perdita di urina per la via vaginale si era fatta scarsissima.

Ripetemmo allora la prova, di cui sopra, colla soluzione colorata e notammo come solo una piccolissima quantità di urina defluisse dalla fistola, essendo il restante emesso con la minzione normale.

In capo a pochi giorni la fistola si obliterò e la donna potè essere dimessa completamente

guarita il 4 luglio 1922. Avemmo occasione di vedere ripetutamente fino ad oggi l'ammalata e sempre riscontrammo il suo stato immodificato di guarigione.

Le rotture della vescica per quanto raramente si producano col meccanismo anzidetto, che potrebbe rientrare nel capitolo generale delle ferite della vescica da impalamento, tuttavia non offrono in sè e per sè un interesse di particolare rarità. Ciò che a noi più interessa e che ci ha indotti a pubblicare il caso, si è invece la stranezza dei particolari con cui si è manifestata la lesione, per comprendere i quali dovevamo ricercare anche se qualche anomalia esistente nella paziente avesse favorito un *meccanismo sui generis* nella produzione del trauma vescicale.

Rappresentandoci schematicamente la topografia normale della regione colpita, non sapremmo renderci ragione del come il corpo estraneo, penetrato in corrispondenza della linea mediana del perineo, con un'inclinazione dal basso all'alto e da sinistra a destra, sia riuscito nel fornice vaginale a destra con *un solo foro* il quale ha leso contemporaneamente e vagina e vescica.

Per spiegare questo fatto dobbiamo ammettere che il corpo contundente si sia introdotto nella parete vaginale extramucosa e l'abbia percorsa, scollandola dalle sue connessioni con la vescica, fino a ledere tangenzialmente entrambe le pareti (vaginale e vescicale) in corrispondenza del fornice destro. È inoltre da pensare, per darci ragione della raccolta purulenta sopraggiunta, che una piccola lesione sia avvenuta contemporaneamente anche nel cul di sacco peritoneale vescico-uterino, lesione che, sfuggita in primo tempo alla nostra indagine, si manifestò coi fatti di reazione peritoneale immediatamente successivi al trauma (singhiozzo, vomito, facies addominalis, ecc.), e che finirono poi nella suppurazione.

Così ci troveremmo di fronte a tre ferite di tre diverse parti, avvenute per opera dello stesso corpo estraneo (della parete vaginale destra, della parete posteriore della vescica e del fondo cieco vescico-uterino); ferite che, per la loro disposizione, potrebbero esser rappresentate dai tre bracci di una croce, il cui braccio destro corrisponde alla ferita vescicale, il medio alla ferita del fondo cieco vescico-uterino, il sinistro alla ferita del fornice vaginale.

La prima e la terza sono ferite da striscio per l'effetto del corpo estraneo fra parete vaginale e vescicale; la seconda solamente di natura diretta, considerando che per l'effetto della caduta la vescica (come tutti i visceri addominali), e il seno vescico-uterino siano stati violentemente spinti in basso dall'aumento di pressione endoaddominale, fino ad opporsi al corpo contundente.

Così è spiegato il fatto apparentemente più strano della ferita unica della vagina, in quanto che, se l'agente vulnerante avesse agito perpendicolarmente alla parete vaginale ed a quella vescicale, noi dovevamo riscontrare non uno, ma «due» fori in vagina: l'uno in corrispondenza della parete posteriore, comunicante colla ferita perineale, l'altro sulla faccia anteriore della vagina, comunicante colla vescica.

Non si potè nemmeno accettare l'ipotesi di una ferita della vagina e della vescica contemporaneamente attraverso il setto vescico-vaginale per penetrazione del corpo vulnerante attraverso l'ostio vulvare, anzitutto perchè non si potrebbe spiegare l'esistenza della lesione perineale se non ammettendo quella di un duplice corpo contundente, il che non fu, ed anche perchè il brandello di stoffa, protrudendo per piccolissima parte in vagina, stava a dimostrare che era entrato dalla periferia della vagina stessa e non dall'interno della cavità vaginale.

L'ipotesi, sulle prime anche razionale, che, data la sede della ferita vaginale, l'urina ed il sangue provenissero da una lesione dell'uretere e non della vescica, fu eliminata dal reperto del riflusso della soluzione colorata iniettata in vescica; d'altronde una lesione ureterale non avrebbe potuto essere nè parziale, per il controllo anzidetto, nè totale perchè, oltre ad esso, la sutura eseguita a pieno spessore in primo tempo, non avrebbe soppresso di colpo, come avvenne, l'emorragia in vescica.

Asserimmo che per favorire il meccanisno della lesione, dovevano essere intervenute anche condizioni anomale nella topografia delle parti lese. Esaminando infatti diligentemente la paziente, riscontrammo l'esistenza di una latero-versione sinistra dell'utero, la quale è forse da mettere in rapporto con una pregressa peritonite adesiva localizzata al quadrante inferiore di destra dell'addome, consecutiva ad ascesso appendicolare (operato), per la quale sia avvenuta una retrazione del margine inferiore del legamento largo di destra, con susseguente deviazione dell'utero in senso contrario.

L'esame poi ha messo in evidenza come il prolasso della vescica sulla parete vaginale di

destra (cistocele), avesse favorito, all'atto del trauma, il meccanismo della lesione vescicale stessa.

Quello poi che è interessante notare si è la guarigione spontanea di una fistola vescicovaginale, perchè ciò ben raramente avviene nella generalità dei casi; e tanto più difficilmente si sarebbe dovuto effettuare nel nostro caso, in cui dovemmo fare di necessità virtù, suturando a pieno spessore e vagina e vescica, rendendoci però subito consapevoli dell'estrema difficoltà di ottenere una guarigione completa consecutiva a quell'espediente d'urgenza; tant'è vero che avevamo prospettato all'ammalata la necessità dell'operazione per fistola in secondo tempo.

Non è stato però questo risultato terapeutico in un caso di rottura della vescica che ci ha indotto a pubblicare la breve memoria, ma sibbene, come avvertimmo sul principio, la complicata patogenesi della lesione. Non vogliamo avere quindi pretese di indirizzo curativo, ma solamente vorremmo serbare a noi la fortuna di esserci imbattuti in un caso difficile a riscontrarsi, sul meccanismo di produzione del quale crediamo di essere stati abbastanza obiettivi e di avergli data quell'interpretazione che appare più vicina al vero.

S. Piero in Bagno, 17 agosto 1922.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. GIUSEPPE TUSINI.

Contributo allo studio della infezione malarica nella chirurgia.

Dott. PIETRO MAROGNA, aiuto.

Il dott. F. Cioffi, nel fascicolo V dell'anno corrente dell'« Archivio Italiano di Chirurgia », pubblicò un importante studio su tale argomento venendo alle seguenti conclusioni:

1) Appare bene accertato il rapporto già da tempo ammesso e da quasi tutti riconosciuto fra traumi sulla milza e sulle ossa e risveglio di malaria latente.

2) Non si hanno sufficienti elementi per giudicare se un trauma anche di una certa intensità ed estensione sulle altre regioni o tessuti del corpo possa provocare una recidiva di malaria.

3) I piccoli traumatismi specie se non interessanti le ossa non provocano di regola nuovi accessi malarici, quando anche l'infezione possa dirsi non ancora spenta e tale, anzi, da recidivare in altra prossima occasione.

4) È tutt'altro che dimostrato che gli interventi operativi, specie se lontani dalle ossa o dalla milza, risveglino le latenze epidemiche, in quantochè nella maggior parte dei casi l'atto chirurgico è stato accompagnato da narcosi cloroformica ed occorrerà ancora studiare quale parte spetti a questa più che all'intervento chirurgico nel determinismo delle recidive.

L'A. ritiene che la questione dell'influenza dei traumi e degli atti chirurgici sulle recidive sia stata tutt'altro che risolta e crede che occorrano ancora nuovi contributi e nuovi studii ed osservazioni. Per seguire appunto tale giusto consiglio entro nella discussione. Che in molti casi un atto chirurgico di qualunque importanza ed in qualunque regione sia causa di un risveglio di malaria latente è cosa ammessa da molti diligenti osservatori.

In una mia pubblicazione sull'argomento (« Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », 1909) riferii già su otto osservazioni in cui dopo l'atto operativo si era avuta recidiva malarica, di questi un solo caso riguardava una operazione sulle ossa, negli altri si trattava di ernia strozzata, di cisti dermoide, di idrocele, di emorroidi, di varici, di lipoma del torace, di ernia crurale. In 4 di questi casi si usò la cloronarcosi, in uno il sonnoformio, in due l'anestesia locale, ed in uno la rachianestesia. Quattro casi dimostrano dunque che la recidiva non può addebitarsi alla cloronarcosi.

In quel tempo riportai anche l'osservazione fatta esercitando in luogo eminentemente malarico di recidive provocate dall'uso del salasso, in una regione ove tale pratica era abitudinaria in contadini che prima di intraprendere la mietitura nel mese di giugno, credevano così di *rinfrescarsi il sangue* e di poter sopportare meglio le fatiche ed i calori.

La mia osservazione trovò allora il consenso di quell'illustre malariologo che era il professor Celli e del prof. Casagrandi. Ma come bene afferma l'egregio collega, nè due, nè undici casi od osservazioni possono stabilire leggi in materia, ma i fatti singoli sono utili per trarne deduzioni di grande importanza. Per questa considerazione riferisco due casi dimostrativi.

Due anni fa fu operato in Clinica, di ernia inguinale bilaterale, un signore nativo di Carloforte (Sardegna), dell'età di 52 anni, che durante la permanenza nel suo paese aveva sempre sofferto di malaria.

Trasferitosi a Genova da 12 anni non ebbe più accessi malarici nè alcuna altra malattia. Fu operato di ernia inguinale bilaterale con la anestesia locale cocainica. Dopo sette giorni ebbe brivido intenso, febbre a 41°, sudorazione, remissione. Nonostante una iniezione endovenosa di chinino la febbre si ripetè per circa 12 giorni. L'esame del sangue praticato subito rivelò una gravissima infezione malarica.

Le ferite operatorie guarirono *per primam*. Il malato lasciò la Clinica dopo circa 30 giorni a causa della estrema debolezza e dell'anemia. Continuò poi il trattamento chininico arsenicale e da quel tempo non ebbe più accessi.

In un secondo caso si trattava di una malata entrata in clinica nel mese di aprile del '21 e che nell'anamnesi aveva le note di malaria sofferta anni prima. Fu operata di isterectomia addominale per carcinoma dell'utero. Guarigione *per primam*. Otto giorni dopo l'operazione ebbe brivido intenso, febbre alta, sudorazione, remissione. L'esame del sangue praticato subito rivelò la presenza del plasmodio. La febbre si ripetè per varii giorni e cedette poi al chinino.

Potrei citare altri casi numerosi se con precisione potessi riandare le storie degli Istituti di Pisa e di Parma ove pure ci fu dato notare casi consimili. Tali casi sono abbastanza frequenti e legati indubbiamente al trauma operatorio ed indipendenti dal genere di anestesia.

Il primo dei casi citati è poi interessante per l'intervallo, credo mai segnalato, di 12 anni fra l'ultima infezione e la recidiva.

Se i fatti constatati ed inoppugnabili non portano ad una conclusione sul dibattuto argomento, conducono però ad una pratica terapeutica sulla quale molti, se non tutti, sono d'accordo; chininizzare sempre gli operandi che in precedenza hanno sofferto di malaria.

BIOGRAFIE.

Di Luigi Pasteur e sua opera.



NOTA EPIGRAFICA.

1. — Il geniale biochimico francese nacque il 27 dicembre 1822, a Dôle; morì il 28 settembre 1895, a Villeneuve l'Etang. Insegnò fisica a Digione nel Liceo; fu professore di chimica nelle Università di Strasburgo e Lilla; nel Politecnico e nella Sorbona a Parigi. Quivi fondò l'Istituto, sotto il cui atrio è deposta l'onorata salma di Lui in cripta marmorea. Dall'Impero riceveva il laticlavio; dalla Repubblica due vitalizî votati dall'Assemblea Nazionale (1874), e dal Parlamento (1882), in segno di gratitudine patria, e universale ammirazione.

L'epilogo del centenario, dalla Francia celebrato, avverrà con l'esposizione di Strasburgo, dove il Pasteur insegnò dal '49 al '54. Nella ricordanza c'è una forza educatrice per chi vi partecipa, e si sente attratto a quella forma di felicità comune, della quale il Pensatore divinò le leggi nel silenzio del laboratorio. «Pares inter pares». Egli è grande nel consentimento generale, quasi investito da aura popolare; come fu testè rilevato dal Ber-

tarelli e dal Perrando in commemorazioni fatte a Genova.

Il nome di Lui, con il ricordo della mesta sua soavità, varca i confini, e ci rammenta come nel 1870 egli non accettasse nè la cattedra di sericoltura a Milano, nè quella di Chimica all'Università di Pisa. Gli parvero privilegi, e desiderò restare nel patrio Giura, invaso dal nemico, ove passò ore tristi, già valetudinario, in famiglia, e tra i castani e gli abeti della Franca Contea, le cui fronde stormivano con meste armonie. Integro e modesto sinceramente, sopportò più le veglie della ricerca, che non i battimani della folla. La posterità, pietra di paragone alle glorie autentiche, fu presentita da Lui, quando su lo scorcio della vita vide a Dôle la lapide murata sulla casetta paterna. Trasalì, come di arrischiata ipoteca sul giudizio dei venturi! Il giudizio è ratificato dall'estimazione dei magnifici risultati di un'opera, compiuta con modi ben semplici e risolutivi.

2. — Da osservazioni di stereochimica e fisica molecolare il perseverante ingegno del Chimico puro sconfinò nel regno biologico degli ifo-schizo- e blasto-miceti, e quindi nella profonda biologia applicata dei virus e immunizzazioni.

Nella scienza pura dal principio che « dove non c'è vita, non si può generare vita di sorta » (Muckermann), principio analogo all'« omnis cellula e cellula », passò a successive applicazioni seriali con le ricerche su i lieviti, fermentazioni, trasformazioni mucose del vino e birra, malattia del baco da seta, setticemia, colera dei polli, mal rossino dei suini, carbonchio dei bovini, idrofobia dei cani. Il lavoro è pervaso da filo conduttore; che, quasi unico reoforo, ne collega tra loro le ricerche.

Le prime rivelano che le complicanze, spesso mortali, delle ferite procedono da semina di germi virulenti, piogeni, ecc. Dalla coltura di fermenti microbici si conduce a quella dei virus microbici, che poi attenuati gli diventano un fecondo metodo inquirente con i vaccini. Della malattia del baco da seta riconosciuta la genesi, trasmissione, diffusibilità ne addita il rimedio, e contribuisce all'incremento dell'industria e della biologia. L'economia nazionale trasse profitto anche dagli studi suoi sulla fermentazione della birra, rendendone la fabbricazione scientifica.

3. — Rettificò gli studi sul carbonchio, contribuendo alla profilassi e immunizzazione dei bovini dalla infezione; investigata dal Davaine, che ne trovò i germi, e dal Koch, che ne scoprì le spore. Il « virus rabido » ricercato da Lui, e studiato con il Roux, trasformò in vaccino, con genialità riconosciuta dal Koch, e Doenitz; che notò come « la legge di graduale esaltamento della resistenza organica vi era attuata con un metodo essenzialmente differente da tutti i precedenti ». Il lavoro si completò poi colle ricerche dei Negri, Luzani, Hôgyes, Tizzoni, Watson, Noguchy, ecc. Se è vero che l'innesto jenneriano di cento anni prima era stato riconosciuto dal Leyden il maggior trionfo della medicina, è pure vero che la oscura e incerta nozione delle infezioni ostava alla formazione di una dottrina biologica; accertata poi con metodo sperimentale decisivo.

Il lavoro immanente è stato proseguito a Parigi, e in altri centri pastoriani della Francia e Colonie, con seguaci, dei quali ricorderemo Roux, Joubert, Chamberland, Metchnikoff, Yersin, Laveran, Vaillard, Vincent, Dopter, Mesnil, Simmond, Salimbeni, Haffkine, Martin, Nicolle, i fratelli Sergent, Calmette, Guerin, Woehrel, Remlinger, ecc.

4. — L'Huxley, alludendo ai benefici ottenuti dalla Francia dopo il '70 con le scoperte del Pasteur, affermava che esse erano ben valse i cinque miliardi del riscatto! Il Lister, alludendo ai benefici della dottrina pastoriana per la tecnica operatoria, gli aveva ripetuto il « felix qui potuit rerum agnoscere causas ». Con l'êra Listeriana dell'antisepsi, e poi dell'asepsi la scienza procedette quind'innanzi con l'audacia pari alla sicurezza. Nella investigazione dei fenomeni colturali, il calore, con i suoi effetti graduati, c'entrò come elemento essenziale alla *pasteurizzazione* e alla *sterilizzazione*. I concetti dell'infezione e contagio, già intuiti da precedenti e antichi osservatori, furono accertati con prove e controprove risolutive da Luigi Pasteur, che divenne coedificatore d'una dottrina, sorta su base squisitamente sperimentale. La sana critica ne amplia e rettifica i risultati, senza indugiarsi in oziosi confronti, ricordando che *dans l'art, comme dans la morale, dire n'est rien, faire est tout.*

Coloro che ricercano la verità e il bene nella bellezza dell'ideale potranno sempre raccogliersi sotto il nome di Luigi Pasteur, *un de ceux, sur lesquels l'union sacrée peut se faire aisement!*

Genova, 7 marzo 1923.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

Per il centenario di Luigi Pasteur.

Nel venturo giugno sono invitati a Strasburgo tutti gli scienzati di Francia e del mondo per le solenni onoranze alla memoria dell'apostolo.

A Strasburgo, dove Pasteur fu professore universitario dal 1848 al 1854 e dove fece le prime osservazioni cristallografiche che dovevano essere il punto di partenza di meravigliose scoperte, verrà inaugurato il monumento nel quale, accanto al medaglione dello scienziato, avrà maggiore risalto la figura centrale del cane idrofobo e del pastore che in atto riconoscente ringrazia Pasteur. Contemporaneamente verrà aperto il museo pasteuriano, che comprenderà una mostra retrospettiva di tutto il lavoro di Pasteur, e si terrà una esposizione internazionale destinata a mettere in evidenza le pratiche conseguenze dell'opera di Pasteur nel dominio delle scienze, della medicina, dell'igiene, dell'industria, dell'agricoltura.

A questa grandiosa manifestazione d'omaggio prenderà viva parte l'Italia. Già Sanarelli, che, nell'intima cerimonia dello scorso dicembre, portò ai colleghi dell'Istituto Pasteur l'adesione affettuosa sua, come antico allievo, e degli studiosi italiani, lavora a tutt'uomo perchè all'Esposizione pasteuriana di Strasburgo la scienza, l'industria, l'agricoltura italiana sieno degnamente rappresentate.

Il fatto che per onorare un uomo di scienza sia richiesto anche il contributo di medici pratici, di industriali, di agricoltori, dimostra quale enorme influenza abbia esercitato sui rami più importanti della attività umana il lavoro di laboratorio di Pasteur.

Il fatto scientifico può essere conquista incrollabile nella via del vero, lume per rischiarare ipotesi pregresse, fonte sporadica di nuove ricerche, ma può rimanere sterile di fecondi risultati perchè dalle chiuse pareti dei laboratori, o dalle intonse pagine degli Archivi, la scoperta non si diffonde per l'aria libera.

Ma se il fatto nasca fra le mani di un genio, o di un apostolo, o di un intelligente osservatore, esso riesce esca a successive ricerche, a deduzioni, mentre l'intuizione sprona a più decisivi esperimenti. Balza fuori allora dal chiostro delle fucine scientifiche Luigi Pasteur.

Forse nessun altro uomo di scienza potè dare alla biologia un impulso così notevole trasformando le vecchie concezioni, rivoluzionando la medicina preventiva e curativa, aprendo nuovi orizzonti all'industria ed all'agricoltura.

Una ispirazione geniale ha senza dubbio favorito lo scienzato francese conducendolo dalla risoluzione di un problema alla impostazione di un nuovo quesito, ma è sopratutto un filo logico che collega le successive esperienze, come se a talento egli guidasse le ricerche alla dimostrazione esatta delle sue fantasie.

Precursori di Pasteur possiamo agevolmente trovare nella schiera di quegli attenti osservatori italiani che la storia della medicina ricorda con rispetto ed ammirazione. Redi e Spallanzani che negano la generazione spontanea, Bassi che scopre la causa della malattia dei filugelli, Pacini che vede, descrive, disegna i vibrioni delle feci colerose sono certo dei precursori. Ma precursori di Pasteur nel tempo, non precursori dell'opera di Pasteur.

Lo scienziato francese ignora questi sprazzi di luce. Egli vive in un'epoca dove è dogma la generazione spontanea, dove le fermentazioni trovano spiegazione nella diversa orientazione data alla molecola proteica dalla alterazione chimica, dove la eziologia delle malattie contagiose ed infettive è quasi ignorata.

Egli parte da un punto di partenza che nulla sembra avere di comune con la biologia e la patologia, da alcune osservazioni cristallografiche. Si può seguire, poi, passo a passo, il pensiero dello scienziato, che, con un rigore di logica meraviglioso, concatena idee e ricerche sino alla creazione di nuove concezioni che spiegano le ragioni della vita, le cause delle malattie, e dànno il modo di prevenire e curare le più pericolose infezioni.

Originale, senza dubbio, è il punto di partenza.

I suoi studi sull'acido tartarico gli hanno dimostrato che sostanze di uguale composizione chimica possono avere una dissimmetria molecolare, presentandosi come forme cristalline reciprocamente simmetriche, di cui l'una è l'immagine speculare dell'altra, e rispettivamente capaci di deviare a destra o a sinistra la luce polarizzata. Una combinazione a parti uguali di acido tartarico destrogiro e di acido tartarico sinistrogiro dà quella sostanza che è conosciuta con il nome di acido racemico.

Ventura volle che in una soluzione di acido racemico si sviluppasse una muffa. E Pasteur vide che dalla soluzione racemica inquinata era scomparso l'acido tartarico destrogiro e rimaneva solo quello sinistrogiso. Quando egli riuscì a dimostrare che questo fatto era esclusivamente dovuto alla muffa, una nuova scienza, la microbiologia, era creata.

Seguendo un suo ragionamento logico, man mano confortato dai fatti sperimentali, Pasteur poteva dimostrare che tutte le fermentazioni sono dovute alla presenza, allo sviluppo,

all'attività biologica di esseri viventi, microscopici e che ciascuna fermentazione è specifica, dovuta cioè a determinate specie di microrganismi. Anche i processi di putrefazione sono causati da germi vivi microscopici, alcuni dei quali per esplicare la loro attività abbisognano di ossigeno, mentre altri sviluppano e manifestano la loro attività solo in assenza, o almeno in diminuita tensione, di ossigeno. Pasteur mette in evidenza l'azione dei germi aerobici e anaerobici sul complicato processo della decomposizione della sostanza organica; segue la demolizione della molecola proteica sino agli ultimi prodotti: acqua, anidride carbonica, ammoniaca; studia la successiva mineralizzazione e viene alla conclusione che «senza la presenza di esseri così piccoli, apparentemente così inutili, la vita diverrebbe impossibile perchè il ritorno al regno minerale e all'aria di tutto quanto ha cessato di vivere sarebbe ad un tratto sospeso».

Scoperto il ciclo della vita vegetale e animale, egli si domanda donde provengono questi invisibili organismi senza dei quali non è possibile immaginare la vita. Da generazione spontanea ritengono i più e anche tentano dimostrarlo con fallaci esperienze.

Pasteur, con una tecnica rigorosa, prova che la generazione spontanea non esiste, che i fermenti e gli agenti di putrefazione pervengono solo per contaminazione dall'aria e dall'ambiente esterno. Difendere una sostanza da tale contaminazione vuol dire conservarla imputrescibile. Da questa osservazione derivarono praticamente, il metodo listeriano di antisepsi e i diversi processi di conservazione delle sostanze alimentari.

Gli studi sulle fermentazioni avevano dimostrato a Pasteur che gli agenti erano specifici non solo rispetto alla struttura chimica della sostanza, ma anche nei riguardi della dissimmetria molecolare; e questo poteva egli affermare essendo riuscito ad ottenere i singoli agenti fermentativi in cultura pura coltivandoli in mezzi chimicamente definiti. Certamente, a questo riguardo, Pasteur non è arrivato alla perfezione dei mezzi di isolamento che permisero a Koch uno straordinario progresso della batteriologia, ma il concetto della cultura pura, e delle conseguenze pratiche che ne derivarono, spetta allo scienziato francese.

Dal campo della biologia a quello della patologia breve era il passo. Egli riconosce che come vi sono agenti specifici di determinate fermentazioni, altri ve ne sono che sono agenti specifici di determinate malattie del vino e della birra.

Poi la sua attenzione è attratta verso una malattia del filugello, la pebrina, che è causa di notevoli danni economici. Bassi nella disamina della malattia del filugello già l'aveva preceduto, ma Pasteur pure contro l'avversione di molti, trova un ambiente più adatto perchè le sue concezioni sieno accettate. Le cause di infezione, le condizioni di contagio, l'importanza del fattore ereditario, i mezzi di difesa contro la diffusione dell'agente infettivo come sono descritti da Pasteur, sono la falsariga sulla quale seguirà l'epidemiologia delle malattie infettive dell'uomo e degli animali.

Come conseguenza logica gli studi di Pasteur sono attratti verso altre malattie infettive diffuse negli animali, il colera dei polli ed il carbonchio ematico, delle quali determina le cause ed il modo di diffusione.

Da queste ricerche due fatti sopratutto sembrano impressionarlo. Uno riguarda l'osservazione che germi, pur provenienti da una stessa sorgente e mantenuti nello stesso mezzo, possono presentare differenze individuali, trasmissibili ereditariamente; ne deriva dal punto di vista pratico, l'utilità della selezione dei fermenti a scopo industriale.

D'altra parte egli osserva che, oltre queste variazioni spontanee, altre ve ne sono indotte nei germi da agenti esterni, capaci di modificarne le attività biologiche e sopratutto la virulenza, anche ereditariamente.

Gli balena l'idea che, introducendo nell'organismo germi artificialmente attenuati, il lieve stato di malattia così indotto possa determinare una buona difesa contro il virus patogeno. Le esperienze fatte con il batterio del colera dei polli e con il bacillo del carbonchio, attenuati con agenti fisici, dimostrarono l'importanza della vaccinazione nella pratica preventiva e curativa contro le malattie infettive e furono il punto di partenza della attuale immunologia. In pari tempo Pasteur provava come i filtrati di colture batteriche, privi di batteri, potevano essere causa di fenomeni tossici, dando lo spunto alle ulteriori fruttuose ricerche di Roux sul veleno difterico.

L'opera di Pasteur doveva essere nobilitata da un'ultima conquista, destinata a maggiore successo popolare; guarire o prevenire la rabbia egli voleva, ma tutti i suoi tentativi per scoprirne l'agente etiologico fallirono. Le sue ricerche però gli avevano almeno rivelato la sede del virus e gli avevano dimostrato come fosse possibile averne sempre una buona provvista, a virulenza fissa, passandolo nel coniglio. Il virus del coniglio, attenuato successivamente con adeguati espedienti, risultò efficace nella cura preventiva della rabbia, tanto che oggi gli Istituti antirabici, diffusi in ogni

nazione, danno opera efficace preservando dalla orribile morte numerosi morsicati da animali rabbiosi.

Dalla dissimmetria dei cristalli alla guarigione della rabbia si compendia l'opera di Pasteur. Due fatti che sembrano tanto lontani fra loro e che invece l'opera di un genio, attraverso una serie di osservazioni, ha saputo collegare!

A Strasburgo, nel maggio venturo, al monumento che ricorda il grande apostolo, tutti noi, che conosciamo quanto la faticosa e troppo spesso ignorata opera dello scienziato sia necessaria ed indispensabile al bene dell'individuo e della stirpe, porteremo l'ammirazione commossa, la devozione dovuta ad un benefattore della umanità ed insieme anche un pensiero per quei precursori italici cui mancarono solo i tempi propizi.

G. SAMPIETRO.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Colesterinuria e indacanuria.

(Q. DORNER. *Münch. Med. Wochenscrift*, n. 18, 1922).

La colesterina che nell'individuo si trova sia allo stato libero sia come un etere di acidi grassi, in parte, proviene dagli alimenti, in parte è formata dall'organismo, probabilmente nelle capsule surrenali (la zona corticale contiene il 5 % di colesterina); essa viene eliminata dal fegato e dalla cistifellea. La colesterina eliminata con la bile ha due funzioni: una necessaria al processo della digestione (solubilità dei grassi), l'altra antitossica e antifermentativa (innocuità di sostanze tossiche introdotte per os). Eguale azione antitossica esercita probabilmente la colesterina contenuta in quasi tutte le cellule dell'organismo, in parte allo stato libero, in parte legata nella membrana lipoide (probabilmente allo stato colloidale). Corrispondentemente all'importante compito, di legare, di eliminare o di decomporre le sostanze tossiche, nelle malattie infettive acute si osserva spesso un'ipocolesterinemia; mentre si osserva ipercolesterinemia nelle malattie delle vie biliari nella gravidanza nel diabete, nell'arteriosclerosi, nella sifilide: aumento della colesterina dal valore normale di 0.18 % fino al valore di 1.5 % e più. Solo in pochi casi l'ipercolesterinemia si accompagna a colesterinuria. L'urina normalmente contiene solo tracce di colesterina (1/100 %); si è osservato un'aumento dell'eliminazione urinaria della colesterina in alcune malattie (lipemia diabetica, ittero, ecc.).

Eliminazione di colesterina in forma di cristalli si osserva soltanto in processi locali dei reni e della vescica, processi che si accompagnano a forte distruzione di cellule (epiteli, leucociti, eritrociti): così in alcuni casi di nefrosi lipoidica (nefrite parenchimatosa cronica) di idronefrosi (quando dopo anni si ristabilisce la comunicazione col sacco sede di emorragie) di echinococco renale (rottura di vescicole nel calice) di pionefrosi e cistite purulenta, di calcolosi renali.

L'A. ha constatato la presenza di cristalli di colesterina in un malato con rene cistico, (molto abbondanti specialmente dopo che una cisti si era rotta, determinando ematuria) morto poi per uremia e in una malata di calcolosi renale (colesterina formatasi probabilmente da leucociti, eritrociti ed epitelî dei bacinetti). Il sedimento urinario di questa malata conteneva delle masse colorate in bleu, composte di aghi, di squame, di masse amorfe; il colore si scioglieva nel cloroformio (indaco). L'urina, emessa chiara, assumeva dopo qualche tempo un colore scuro. In parte dunque già entro l'organismo si era formato dell'indaco eliminato poi con l'urina (anche lo strato esterno dei calcoli renali era di colore bleu-nerastro solubile in cloroformio) in parte l'indacano abbondante nell'urina (prove di Jaffé e Obermeyer) si decomponeva spontaneamente nell'urina emessa, conferendole un colore scuro. In seguito a processi di putrefazione nell'intestino si forma dall'albumina, l'indossile, che nel fegato si combina con l'acido solforico e con l'acido glicuronico formando l'indacano, che viene eliminato con l'urina. L'acido indossil-glicuronico si scinde facilmente, già per la forte alcalinità dell'urina. Nel caso riferito esistevano le condizioni necessarie per la scissione delle combinazioni indossiliche nell'organismo e quindi per l'eliminazione urinaria di indaco: 1) costipazione cronica, meteorismo, alimentazione ricca di carne e di uova (formazione dell'indacano); 2) forte alcalinità dell'urina per la cistite che durava da anni (scissione delle combinazioni indossiliche); 3) possibilità di ossidazione dell'indossile, scisso nei calici renali fortemente ed attivamente iperemici, e riempiti di granulazioni recenti di leucociti e di eritrociti.

POLLITZER.

DIAGNOSTICA.

Come diagnosticare un morbo di Pott?

(Dott. POISSONNIER. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, nn. 36, 37, 38, 39, 40, 1922).

L'aumentata frequenza del morbo di Pott e la facilità di errarne la diagnosi, spinsero l'autore a riprendere lo studio di questo argomento e, sulla scorta di molte osservazioni cliniche, a riprecisarne gli elementi diagnostici.

1. STATO INIZIALE. — Il periodo iniziale è quello che precede l'apparizione del gibbo: esso può durare anche due anni. L'osservazione attenta del malato in questo primo momento permette una diagnosi precoce ed un trattamento rapido ed efficace. Quali sono i sintomi?

a) *Dolori*. Sono *spontanei* e *provocati*. I dolori *spontanei* possono anche mancare e nei piccoli bambini si rivelano indirettamente con segni di agitazione, stanchezza, tendenza a stare coricati o seduti, con malessere generale, ecc. Negli adulti provocano una sindrome radicolare, con dolori irradiati, fugaci, più o meno imprecisi. Il *Pott sottooccipitale e cervicale* provoca il torcicollo doloroso, nevralgie del facciale, temporo-occipitali e scapolari. Il *P. dorsale* provoca dolori nevralgici intercostali ed il *P. lombare* può simulare coliche nefritiche ed annessiali, e dare irradiazioni alle cosce come una sciatica.

Il *dolore provocato*, se si produce sempre allo stesso livello è patognomonico del Pott: può variare di intensità, ma non di sede. Per ricercarlo si tenga il malato seduto, flesso in avanti, completamente nudo. La lesione tubercolare per lo più è a carico della porzione anteriore del corpo vertebrale, che d'altra parte trovasi protetta da forti masse muscolari e legamentose; perciò non si passeggi con le dita sulle apofisi spinose, ma si eserciti una certa spinta laterale sulle apofisi stesse con il pollice della mano tenuta a pugno stretto (mano destra per il lato sinistro; mano sinistra per il lato destro); oppure con il pollice e l'indice si faccia presa sull'apofisi e si provochi la *succussione* della vertebra.

Nel *Pott cervicale*, non essendo possibile di imbrancare le apofisi spinose bisogna esplorare con il dito attraverso la bocca, sul faringe posteriore, il tubercolo dell'atlante, il corpo dell'epistrofeo e la faccia anteriore della 3ª, 4ª e 5ª vertebra: se vi è male di Pott la minima pressione dà dolore vivo. Vi mettano in sospetto il dolore e la limitazione nei movimenti di rotazione e flessione o estensione della testa.

Nel *Pott lombare* si palpino le vertebre lombari attraverso l'addome, se è possibile, tenendo presente che l'ombelicale trasversa passa per la 3ª e 4ª lombare.

Nel *P. sacrale e coccigeo* è indispensabile la esplorazione rettale.

b) *Atteggiamento del malato*. Per effetto della contrattura dei muscoli circostanti alla lesione ossea nel P. sottooccipitale e cervicale la testa è immobilizzata sul tronco, e se la contrattura predomina da un lato, simula un torcicollo.

Nel P. dorsale e lombare sembra che il malato porti un busto e tutti i movimenti del tronco sono più o meno limitati, secondo il grado di rigidità. Questa si mette bene in evidenza invitando il malato a raccogliere un oggetto sul pavimento. Se esaminate dei bambini coricateli in posizione ventrale, sollevateli per i piedi e vedete se per caso le curve regolari della colonna vertebrale non siano sostituite da linee più o meno rette.

Il torcicollo persistente e la mancanza di flessibilità del rachide, accompagnata o no da dolore vi facciano pensare sempre al Pott iniziale.

c) *Ascessi*. Rari al periodo iniziale, possono però essere il primo segno di Pott indolore.

d) *Riflessi*. Nel P. iniziale sono esagerati.

e) *Disturbi sensitivi-motori*. Qualche volta il primo segno di un Pott può essere una paralisi venuta progressivamente senza ragione apparente (Calot).

f) *Segni radiografici*. La loro ricerca all'inizio è molto delicata e la loro mancanza non infirma la diagnosi clinica. Le vertebre malate mostrano una certa trasparenza, da decalcificazione; i loro anelli di congiunzione sono ristretti, ed i contorni sfumati o erosi.

Nel morbo di P. sottooccipitale manca il parallelismo fra atlante ed epistrofeo: si esigano prove di faccia e di profilo; per il P. cervicale e cervico-dorsale anche di trequarti.

2. PERIODO DI STATO. — Il segno predominante è la *gibbosità*, che non è sempre facile di apprezzare specie se interessa vertebre che per se stesse sono prominenti (7ª c, 9ª e 10ª d, 3ª l.) o altre che invece sono rientranti (cervicali e lombari). In queste ultime regioni la scomparsa della concavità naturale può essere indizio di Pott.

Gli *ascessi* sono frequenti. Nel P. sottooccipitale e cervicale, se hanno tempo di formarsi prima che il malato venga a morire, si

estrinsecano nel retrofaringe, che pertanto va sempre esplorato con manovra unidigitale, o bidigitale combinata. Qualche volta si rivelano sotto la mastoide, lungo la carotide, nelle fosse sopra e sottoclavicolari, nell'ascella e lungo il tragitto dei nervi del plesso brachiale. Nel P. dorsale, lombare e sacrale l'ascesso si può trovare nei punti più disparati e lontani del tronco e del bacino.

Paralisi flaccide in principio e con *contratture cloniche o toniche* in secondo tempo possono accompagnare l'evoluzione della tbc. vertebrale.

La *radiografia* durante il periodo di stato è meno indispensabile: essa dimostra sempre una maggiore estensione della lesione, qual fu apprezzata clinicamente: dove il chirurgo trova una vertebra malata, ne trova due il radiologo e tre l'anatomopatologo.

In fine l'A. si occupa a lungo delle diagnosi differenziali fra le varie forme di spondiliti rispetto al momento etiologico (tubercolare, sifilitica, cancerosa, infettiva, ecc.), della loro sede; della necessità di non confondere le paralisi pottiche con le paralisi della poliomielite, della meningite cerebrospinale, e della tabe; i dolori pottici con i dolori reumatici, le coliche nefritiche, le nevralgie e la sacralizzazione della 5ª lombare; gli ascessi pottici con gli ascessi ganglionari del collo, le adeniti cervicali, le ernie addominali, gli ascessi paranefritici, gli ascessi appendicolari e le spondiliti infettive suppurate; la scoliosi e la cifosi con il morbo di Pott pseudoscoliotico o pseudocifotico.

PERSIA.

MEDICINA INTERNA.

Pleuriti colesteriniche.

Nel caso osservato dall'A. (Natali, *Rivista Ospedaliera*, n. 15-16, 1922) di tale non comune affezione, si trattava di un sessantottenne, sofferente dal maggio 1922 di tosse con scarso espettorato, con senso di peso all'emitorace destro; verso la fine del giugno colto da febbre, nel mentre si esacerbavano i disturbi preesistenti. Alla febbre, continua, si aggiunse un progressivo decadimento delle forze. Cinque giorni prima dell'inizio della febbre, il p. aveva constatato, dopo l'estrazione di un incisivo superiore, la tumefazione della gengiva con dolore in corrispondenza del mascellare superiore.

Nell'anamnesi remota si ritrova una pleurite essudativa destra, sofferta nel 1921.

All'ingresso in ospedale si notava: la lingua arida, fortemente patinosa, iperemia del faringe e della mucosa delle guance; tumefazione, arrossamento, dolorabilità in corrispondenza della regione gengivale cui apparteneva l'incisivo estratto: da tal punto la pressione permette la fuoriuscita di scarsa secrezione purisimile. L'alito è fetido. Polso alquanto aritmico, ineguale, piccolo, ipoteso. La base dell'emitorace destro è più espansa e meno mobile della sinistra, lieve edema di questa regione. Segni percussori ed ascoltatori di un versamento nell'emitorace destro giungente fino a due dita sopra l'angolo della scapola.

Nulla di notevole a carico del cuore.

Il fegato e la milza non debordano.

Urine normali.

Nel sangue: g. r. 2840000, g. b. 1800, hb. 53.

La formula leucocitaria mostra: 60 neutrofili, 14 linfociti, 22 grandi mononucleari, 4 forme di passaggio.

Negativa l'emocultura e le varie sierodiagnosi, la Wassermann.

La puntura esplorativa diede luogo a liquido torbido, giallo uovo, con in sospensione delle squammette a riflessi serici. Nel sedimento scarsissimi linfociti, discreto numero di polinucleati, qualche cellula endoteliale a protoplasma vacuolizzato, numerosi globuli di grasso, numerosissimi cristalli rombici di colesterina. Tolti cc. 100 di liquido con gli stessi caratteri si confermano i dati seguenti:

Reazione alcalina, Rivalta positiva, peso specifico 1,0212, sostanze proteiche 69,10 per mille, azoto: 11,10 per mille, grasso: 0,82 per cento, colesterina: 0,83 per mille.

Il dosaggio della colesterina nel siero del sangue diede: 2,7 per mille.

Le condizioni del p. andarono progressivamente aggravandosi. La morte avvenne il 17 luglio 1922. Non fu possibile eseguire la necroscopia.

L'A., dopo aver ricordati i casi conosciuti di versamenti colesterinici, le ipotesi emesse per spiegarli, conclude dicendo che nel caso in esame, tenuto conto della percentuale bassa di colesterina nel versamento, del reperto relativamente abbondante nel sedimento di elementi leucocitari, e sovratutto della specificità dell'affezione pleurica (l'inoculazione nella cavia del liquido aveva provocato la morte di questa per peritonite tubercolare) è ammissibile potersi trattare di versamento pseudocolesterinico, con origine intrapleurica del lipoide.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Cancro bilaterale del seno.

(L. De Luca. *Cultura med. mod.*, 25 maggio 1922).

L'A. ne descrive un caso. È una paziente di 62 anni, nubile.

Ella si accorse di un noduletto duro nella mammella destra, e dopo alquanti giorni di uno simile nella sinistra; in tre mesi i tumori crebbero per modo che si rese necessaria l'asportazione dei seni; erano aderenti alla pelle e ai tessuti profondi e davano dolori lancinanti e dimagramento; le ghiandole ascellari erano ingrossate bilateralmente.

Viene descritta la tecnica operatoria: fu usato il metodo Halsted, seguito, a destra, da plastica alla Parlavecchio.

A destra, nella massa asportata si trovarono due tumori, uno grande come un'arancia, bianco grigiastro al taglio, senza capsula delimitante, ed uno piccolo, di consistenza lapidea (calcificato), coperto da una capsula madreperlacea, che non aveva rapporti col precedente.

A sinistra il tumore è costituito da un ammasso di piccoli noduli, più o meno connessi tra loro: ha il volume complessivo di un mandarino. La sezione è di aspetto granuloso: non si vede capsula delimitante, e in qualche tratto si osservano come dei tramezzi di tessuto ghiandolare apparentemente sano.

Al microscopio il grosso tumore di destra ha struttura alveolare, con alveoli pieni di cellule neoplastiche poligonali, e pareti fibrose o fibromixomatose.

Nel nodulo calcificato, debitamente trattata si scorge qua e là la stessa struttura. A sinistra si tratta di uno scirro, per la grande prevalenza del tessuto fibroso: la neoformazione ha invaso qua e là i condotti galattofori, come nel cancro di Pegèt.

Le ghiandole regionali erano tutte più o meno invase da metastasi.

L'A. ritiene rara e discutibile l'insorgenza contemporanea di tumori nelle due mammelle (ne è descritta una quindicina di casi): è più facilmente ammissibile nel caso di tumori di specie diversa, ma è da considerarsi come un caso fortuito.

Più importante è lo stabilire, nel caso più frequente di propagazione del tumore da un seno all'altro, le vie di questa propagazione. Le metastasi seguono secondo i più le vie linfatiche, per embolia, o permeazione (Handley).

Secondo Testat vi sono anche linfatici che dalla mammella si dirigono verso l'estremo interno degli spazi intercostali, li traversano, penetrano nel torace, e si gettano nei gangli mammari interni. Questi linfatici sono stati iniettati da Rieffel. Sembra che nascano dal lato interno della glandola e forse anche dai suoi tegumenti.

I linfatici cutanei, secondo Rieffel e Gerota, possono in parte attraversare la linea mediana e raggiungere i gangli ascellari del lato opposto: una simile disposizione esiste anche altrove, ad es. nella verga, e ci spiega l'ingorgo eventuale dei gangli ascellari del lato opposto nei tumori della mammella (Volkmann).

Secondo Dionisi i linfatici ghiandolari nascono come spazi perialveolari: i più, attraverso il plesso sottoareolare vanno ai gangli ascellari, altri emergono alla periferia della glandola, e formano vie accessorie che non si distinguono dai linfatici cutanei; questi possono avere comunicazioni coi gangli del lato opposto.

Egli distingue, pei linfatici efferenti della mammella, la via di deflusso ascellare, quella paramammaria, la via intercostale, la via intermuscolare.

Talvolta, estirpata una mammella per cancro, si sviluppano cancri nella mammella superstite fino a sei anni dopo. Anche in questi casi non è facile escludere che si tratti di metastasi, sia dirette dai vasi linfatici di un lato a quelli dell'altro, sia indirette, dalle ghiandole linfatiche ascellari dell'altro lato.

Il cancro bilaterale del seno si avrebbe nel 7 % dei casi secondo Bergmann. Secondo Handley tale evenienza è più frequente nei casi avanzati (15 %); ciò dinoterebbe che la propagazione all'altra mammella è un'evoluzione tardiva del cancro.

Nel caso in esame l'A. ritiene trattarsi di metastasi linfatica diretta, data la brevità del tempo decorso tra il manifestarsi del tumore nell'una e nell'altra mammella, tanto più che a sinistra erano invasi i dotti galattofori, vicini alla pelle.

Doria.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. BEESLY & T. B. JOHNSTON. *A manual of surgical Anatomy*. Second edition. The Oxford Medical Publications. London, 1922.

Questo manuale di Anatomia Chirurgica apparso nel 1916 era dopo poco tempo esaurito tanto che nel 1918 ne fu fatta una ristampa. Ora gli Editori ci hanno inviato la seconda edizione. In essa gli AA. hanno mantenuto il piano fondamentale dell'opera pur apportando numerosi ritocchi nei vari capitoli e nelle illustrazioni. Fra quelli, specialmente le nozioni riguardanti la diagnosi e la cura delle lesioni nervose sono state arricchite di tutte le conoscenze acquisite durante e dopo la guerra. Alle illustrazioni, sono state aggiunte numerose riproduzioni di radiografie.

Il successo che ha ottenuto questo manuale in Inghilterra è dovuto sopratutto al fatto che raggiunge pienamente lo scopo al quale è destinato. Di servire cioè come guida negli esercizi e nello studio della medicina operatoria e dell'anatomia chirurgica. È un compendio di 550 pagine (breve se si rifletta alla vastità della materia) corredato con 166 figure nel quale, regione per regione, sono esposti tutti i dati più importanti riguardanti l'anatomia, la semeiotica, la medicina operatoria e la patologia chirurgica di quella determinata regione del corpo. E tutte queste nozioni, per una chiara comprensione delle quali è stato necessario riferirsi talvolta a capitoli di fisiologia, patologia generale, embriologia, sono così bene armonizzate fra loro che la lettura di ogni capitolo è veramente, oltre che utile, dilettevole, nonostante la aridità della materia che tratta. Non è un libro per principianti, ma sopratutto per quelli che desiderano ricapitolare le conoscenze attinte ad altre fonti e sfrondandole di tutto ciò che è meno utile farne un complesso di nozioni pratiche tali da porre in grado di stabilire una diagnosi ragionata al letto del malato e di prendere una decisione sicura e pronta in camera operatoria.

M. A.

GEORG MAGNUS. *Frakturen und Luxationen*. Berlino, Julius Springer, 1923.

È un piccolo volumetto di 87 pagine che tratta in modo schematico ma completo le Fratture e le Lussazioni. In una prima parte tratta l'argomento dal punto di vista generale ed espone in successivi capitoli le classificazioni delle fratture, il loro meccanismo di produzione, lo studio clinico (compreso l'esame radiologico), le lesioni dei tessuti ed organi vicini, il processo di guarigione delle fratture, le complicazioni, la cura cruenta ed incruenta, ed infine le lussazioni in generale. In una seconda parte l'autore espone in vari capitoli le fratture e le lussazioni in ispecie della testa, del torace e degli arti.

Medici e studenti possono consultare molto utilmente questo compendio che fornisce anche indicazioni pratiche necessarie a conoscersi da tutti.

L. D.

ENRICO BERTOLONI. *Il Padiglione Chirurgico «Zonda» diretto dal prof. Baldo Rossi*. Rendiconto clinico operativo degli anni 1919-20-21. Tipografia Antonio Cordani, via Solferino 7, Milano.

Il Bertoloni ha raccolto in questo volume il lavoro chirurgico compiuto nel Padiglione Zonda durante il triennio 1919-21 dal suo direttore prof. Baldo Rossi e dai suoi collaboratori. Durante questo periodo di tempo furono ricoverati 4849 malati e compiuti 2627 atti operativi fra i quali moltissimi di notevole importanza. Debbono essere ricordati sopratutto gl'interventi sul cranio e sullo stomaco, numerosi e brillanti; così pure notevoli, sebbene meno numerosi, sono gli interventi sul polmone e sulla tiroide e fra questi ultimi specialmente importanti sono quelli per morbo di Flaiani-Basedow.

L'attività del Padiglione Zonda è veramente notevole, ed i risultati ottenuti confermano ancora una volta il valore del suo Direttore, come organizzatore e come chirurgo. D'altronde il nome di Baldo Rossi è ben conosciuto, e credo nessuno in Italia può dimenticare l'opera utile e preziosa da lui svolta in guerra come organizzatore e direttore dell'Ospedale Chirurgico Mobile «Città di Milano».

Il rendiconto poi è riuscito, più che una sterile illustrazione di casi, una esposizione compendiosa ma chiara e precisa di clinica e terapia chirurgica che può essere consultata molto utilmente da tutti i cultori di queste discipline. E di ciò va data lode all'allievo ed al maestro!

L. D.

ALDO LESI. *Organizzazione e indirizzo di una Sezione Chirurgica Ospedaliera*. Bologna, Editore Licinio Cappelli.

Il Lesi ha voluto «raccogliere e descrivere in queste pagine il metodo scientifico e tecnico, la organizzazione ed il funzionamento della Sezione Chirurgica dell'Ospedale G. B.

Morgagni in Forlì diretta dal prof. Sante Solieri, sperando di fornire ai giovani colleghi una guida preziosa per l'esercizio pratico dell'arte chirurgica.

E si può dire veramente che il piccolo volume è riuscito un lavoro che può essere molto utilmente consultato da chi debba organizzare, far funzionare e dirigere un reparto chirurgico ospedaliero.

L. D.

Privat. *L'Orthopédie en clientèle.* Maloine et fils, Rue de l'Ecole de Médecine, 27. Parigi, 1923.

È un volumetto di piccolo formato ma di ben 811 pagine e corredato di 595 figure che fa parte della Collana edita per i pratici dal Maloine con il motto « Comment guérir ». Si comprende quindi che è un libro essenzialmente pratico e fatto anzi, come dice l'autore nella prefazione, per i pratici non specializzati nello studio dell'ortopedia. Sotto questo punto di vista « L'Othopédie en clientèle » è veramente utile e prezioso. Vi sono esposti i vari sintomi che possono far pensare nei singoli casi alla esistenza di una data malattia, e poi quelli che si devono andare a cercare per confermare o meno la diagnosi. Certo, dal punto di vista pratico, questo metodo è notevolmente migliore di quello che consiste nell'esposizione di quadri sintomatologici tipici, quali mai o quasi mai s'incontrano nella pratica.

L'indirizzo eminentemente pratico del compendio è confermato dall'esposizione della terapia: l'autore descrive un solo metodo: « quello col quale si può ottenere il maximum « di guarigione col minimo di rischio, di ma« teriale, di conoscenze speciali ».

L. D.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 15 dicembre 1922.

Sarcoma condrossificante od osteosarcoma primitivo del muscolo grande adduttore?

Bianchetti. — Descrive ed illustra un caso rarissimo e lo interpreta come probabilmente formato da metaplasia di un sarcoma primitivamente globocellulare.

Contributo sperimentale alla conoscenza dello shock traumatico.

Dogliotti. — Da numerose esperienze eseguite sui cani e che si possono distribuire in 7 gruppi è tratto a conchiudere che, senza negare la possibilità che prodotti di scomposizione organica, specialmente se di origine batterica possano in molte circostanze essere causa di stati shocksimili, si debba considerare il fattore nervoso come primitivo ed essenziale nella genesi dello shock traumatico.

Uffreduzzi rileva che le esperienze dell'O. confermano quanto egli stesso già aveva conchiuso da esperienze in proposito e cioè che colle dosi che ragionevolmente si può presumere vengano assorbite da focolai devitalizzati non si ha shock, mentre questo si ha con lesioni gravi del sistema nervoso.

Morpurgo ricorda che anche nell'anafilassi si può ottenere la inibizione dello shock mediante narcotici e anestetici e che d'altra parte per via umorale, prescindendo da alterazioni del sistema nervoso si possono ottenere dei quadri paragonabili se non identici allo shock, per cui non si può escludere l'origine umorale dello shock che è sempre un quadro nervoso.

Serafini osserva che in tutti i casi di shock occorre tener conto del tempo intercorso fra trauma e shock; alcuni malati muoiono prima che gli autolisati agiscano sul sistema nervoso; per cui, data la brevità del tempo che intercede fra il trauma e lo shock, si deve a maggior ragione credere trattarsi di un fenomeno essenzialmente nervoso.

Morpurgo insiste sul fatto che non si può demolire la teoria umorale, dato che il colpo anafilattico quale si osserva anche nell'uomo, è immediato, brutale. Riguardo al tempo intercorso fra trauma e shock, egli ricorda che non si può a meno di ammettere in certi casi uno shock ritardato. Certo non si può distinguere lo shock chirurgico da quello umorale.

Lugaro rileva che l'O. ha fatto bene a limitarsi ad affermare come conclusione delle sue ricerche la necessità dell'intervento del sistema nervoso per la produzione dello shock traumatico. Più in là non poteva andare. Egli è rimasto così sulla soglia del problema patogenetico. Dall'eccitamento del sistema nervoso in poi probabilmente si svolgono processi diversi secondo i casi, più o meno complessi e rapidi. È da scartare l'ipotesi che lo shock sia un effetto immediato dello stimolo sul sistema nervoso; esperienze ormai classiche dimostrano che i centri nervosi resistono benissimo, senza esaurirsi, a stimoli energici; piuttosto avviene una ripercussione alla periferia somatica per via riflessa e per via umorale, determinandosi persino delle modificazioni ghiandolari visibili microscopicamente. Di questo perturbamento chimico si risente di seconda mano il sistema nervoso centrale, e di esso sono espressione sintomatica i varii quadri clinici che vengono messi assieme sotto il titolo comune di shock. Che la contusione dei tessuti non abbia nulla che vedere con lo shock si dimostra col fatto che si può avere un quadro completo di shock per una pura commozione psichica violenta, essendo il corpo del tutto illeso.

Pietro Sisto.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Setticemia streptococcica e cirrosi di Hanot.

La cirrosi ipertrofica biliare tipo Hanot è considerata come la risultante di una infezione angiocolitica cronica. La cirrosi pericanalicolare si sviluppa sia che il germe primitivo diviene più virulento ed impone all'angiocolite il suo carattere cirrogeno, sia per il sovrapporsi ad una lesione angiocolitica cronica, di una infezione. Domina quindi nell'evoluzione della malattia il problema batteriologico limitato dallo stato del terreno e dalla resistenza individuale all'infezione. I principali bacilli isolati sono: colibacilli, pneumococchi, enterococchi, spirocheti, streptococchi, bacilli d'Eberth.

Turrettini e Frommel hanno potuto osservare un caso di ittero pronunziato, con notevole ipertrofia del fegato e della milza, comparse durante una setticemia da streptococchi.

Si trattava (*Revue de la Suisse Romande*, 1922, n. 9) di un quarantaquattrenne il quale aveva sofferto di coliche saturnine a 19 anni, di blenorragia a 24. Nell'agosto 1921 riporta una ferita ad un piede che dopo sei giorni sembra guarita. Nel settembre è colto da debolezza progressiva, nell'ottobre accusa tosse, espettora, ha febbre specie la sera; nel novembre si manifesta e a poco a poco diviene definitivo un ittero con feci una volta sola decolorate. Il fegato, nel dicembre, sorpassa di tre dita il bordo delle false coste, duro, liscio. La milza sorpassa la linea costale inferiore: nelle urine non pigmenti e sali biliari, ma urobilina. Delle varie ricerche risulta debolmente positiva solo la cutireazione alla tubercolina. Nel sangue normali i globuli rossi e 4500 i globuli bianchi, in prevalenza i neutrofili. Un'emocultura mostra l'esistenza di uno streptococco. Il fegato e la milza a poco a poco aumentano di volume: l'ittero resta stazionario tranne che nelle crisi febbrili. Compare un edema, una cachessia. Nell'aprile, durante la puntura della milza, sopravviene una forte emorragia dopo la quale muore.

All'esame microscopico della milza le vene furono riscontrate dilatate, nei capillari leucociti mono- e polinucleari numerosi; proliferazione del connettivo sovratutto a spese delle trabecole più o meno allargate. In alcuni punti emosiderina nelle trabecole fibrose.

Il fegato presentava focolai infiammatori circoscritti, rotondi, sovratutto con linfociti, cellule rotonde, cellule epitelioidi, con qualche grossa cellula con più nuclei. Accumuli di masse biliari nei capillari biliari. Leggera proliferazione del connettivo. Megacariociti nei capillari.

La milza pesava 1150 grammi; il fegato 2850.

Il fegato grosso, la grossa milza, l'ittero cronico senza decolorazione delle feci, la febbre, le crisi parossistiche con dolori sordi nella regione epatica sono i sintomi classici del morbo di Hanot, e sono quelli presentati dal malato. La forma febbrile permanente, e la corta evoluzione nel caso in esame sono da attribuirsi alla persistenza dello stato setticemico.

MONT.

Tifo addominale e cirrosi epatica.

C. Klieneberger (*Zentralbl. für innere Med.*, n. 8, 1923), rileva che la cirrosi epatica è determinata dall'azione di sostanze tossiche che vengono assorbite dal tratto gastro-intestinale (cirrosi alcoolica, cirrosi da abuso di droghe, ecc.), oppure da altre regioni dell'organismo (cirrosi eredoluetica, cirrosi malarica). Anche le malattie infettive del tratto gastro-intestinale possono determinare una cirrosi epatica: ciò non è stato finora sufficientemente considerato. È riferito il caso di un paziente di 25 anni, che un anno dopo essere stato malato di una forma cronica di tifo (6 mesi) ebbe emoptoe abbondanti e ripetute e morì poco dopo la laparotomia, eseguita nel sospetto di un'ulcera gastrica. L'autopsia dimostrò una cirrosi del fegato, una trombosi marantica della vena porta, emorragie esofagee e gastriche e i segni di una grave infezione tifosa guarita, specialmente in corrispondenza al colon.

POLLITZER.

Sindromi addominali associate a malattie della cistifellea.

La malattia addominale più frequente che accompagna le affezioni della cistifellea, è la appendicite cronica; si osserva poi spesso una sequela di sintomi riferibili ad un funzionamento difettoso dell'intestino crasso, quali costipazione, cefalee, intossicazioni intestinali. Con la colecistite si accompagna sempre un certo grado di epatite, che può assumere l'aspetto di colica epatica, con il caratteristico dolore, febbre, degenerazione delle cellule epatiche. Frequente è l'associazione della pancreatite (fino a 50-80 %) con la colecistite per lo

più calcolosa; la pancreatite suppurativa cronica e quella emorragica acuta sono poi sempre accompagnate da colelitiasi o da infezione della cistifellea. Molto frequente è anche l'associazione di ulcera duodenale o gastrica, di diagnosi difficile. Anche il rene può esssere infettato sia direttamente, sia per via ematica; le aderenze pericistiche possono poi portare uno spostamento meccanico del rene destro e l'inginocchiamento dell'uretere. Sono inoltre da menzionarsi come conseguenze di affezioni della cistifellea, l'anemia secondaria e lesioni metastatiche, quali artriti, ascessi, disturbi oculari, di difficile interpretazione, che scompaiono dopo l'asportazione della cistifellea.

Per le ragioni sopra esposte, Moore (rif. in *Riforma medica*, 1922, n. 48) ritiene che l'esame della cistifellea debba praticarsi in ogni affezione addominale ed in ogni caso di diagnosi incerta; come cura chirurgica, l'A. ritiene sempre preferibile la colecistectomia alla semplice colecistostomia.

fil.

Risultati lontani di 100 colecistectomie per colecistite.

La colecistectomia per colecistite senza drenaggio della via principale ha dato al professor Hartmann (Di Petit-Dutaillis, *Thèse de Paris*, 1922) risultati soddisfacenti nel 91.2 % di colecistiti litiasiche, e nell'85 % delle colecistiti semplici. Gli interventi secondari, dopo l'operazione in causa, sono rari: la litiasi secondaria del coledoco, le crisi dolorose con ittero, sono eccezionali e sembrano verificarsi negli operati per colecistite acuta suppurata.

Meno rari sono i disturbi digestivi legati ad aderenze: essi sembrano più frequenti negli operati per colecistite cronica non litiasica. È anche da incriminarsi, talora, un'ulcera duodenale sconosciuta.

È frequente la persistenza di disturbi lievi, digestivi o dolorosi. I dolori sono spesso discontinui, frequentemente del tipo epatico più che del tipo pancreatico. Essi non presentano alcuna gravità, e non impediscono al malato di condurre una vita quasi normale. In molti operati si attenuano col tempo. Essi disturbi sembrano più frequenti nei litiasici. La patogenesi dei lievi disturbi è più difficile: sembra che in alcuni malati, possano spiegarsi alcuni ritorni dolorosi, con la persistenza di uno stato infiammatorio cronico della via principale o con una leggera pancreatite, raramente con aderenze.

Qualunque sia il disturbo un ruolo importante spetta al terreno, come dimostra la colesterinemia, per la loro persistenza nei litiasici operati: in questi infatti si trova una ipercolesterinemia notevole.

Tenendo conto scrupoloso di questi disturbi, si può dire che la colecistectomia per litiasi vescicolare, dà clinicamente 52 % di guarigioni assolutamente perfette perduranti per anni; la colecistectomia per colecistite semplice non litiasica, dà il 60 % di guarigioni perfette.

I lievi disturbi persistenti dopo l'operazione sembrano dovuti alla negligenza del malato verso le ulteriori cure mediche.

I reinterventi sono rari: i nuovi interventi per calcoli del coledoco, tendono a divenire particolarmenta eccezionali con i progressi della tecnica. I nuovi interventi per aderenze hanno dimostrato che valeva meglio preferire le operazione conservatrici (enteroanastomosi-gastroenteroanastomosi) alle operazioni di exeresi.

MONT.

MISCELLANEA.

Sulla terapia antireumatica locale.

E. Banaudi (*Pensiero medico*, 1922, n. 26) osserva che in molti casi di reumatismo è impossibile continuare la cura salicilica per via gastrica, perchè si manifesta qualche inconveniente ed è quindi necessario ricorrere alla terapia esterna, che è anche utile nelle forme localizzate.

Un rimedio, che è in uso da circa venti anni, è il mesotan, un derivato dell'acido salicilico di cui contiene circa il 75 %; è preferibile al salicilato di metile di cui non ha l'odore penetrante, che può dare cefalea ed è comunque sgradito a molti. L'azione antireumatica ed analgesica di tale preparato è nota e manifesta; l'A. riferisce su molti casi di miositi, mialgie, reumatismi diversi, guariti dopo 8-10 applicazioni del rimedio; anche la poliartrite reumatica risente notevole vantaggio, mentre gli effetti sono meno sensibili nelle forme croniche e sono stati negativi nelle neuralgie del trigemino.

Anche nell'applicazione di questo rimedio sono però necessarie alcune cautele per evitare qualche inconveniente, che può derivarne. Il mesotan, in presenza di acqua si decompone in acido salicilico, alcool metilico ed aldeide formica che è la causa di quella irritazione della cute che può talvolta verificarsi. Vennero altresì osservati casi con edemi, orticaria, eczemi, dermatiti, eritemi; ma non bisogna dimenticare che i fattori individuali hanno capitale importanza nel determinismo di tali forme. Il più delle volte non si oltrepassa un leggero grado di arrossamento della cute, che an-

zi, per l'azione derivativa, ha una parte non trascurabile nell'effetto terapeutico.

Gli inconvenienti del resto si evitano conservando il medicamento all'asciutto, usando come eccipiente l'olio d'oliva non irrancidito, alternando le parti sottoposte al trattamento, applicando il rimedio sulla pelle asciutta, pulita ed integra ed evitando assolutamente di ricoprire la parte con bendaggi o tanto meno con guttaperca. È da escludersi ogni intolleranza da parte dei reni. Il mesotan ha la sua elettività d'azione nel reumatismo articolare e muscolare acuto; nelle forme croniche occorre però insistere maggiormente nell'applicazione; buoni esiti si hanno anche nei dolori reumatoidi da influenza, scarsi invece nelle neuralgie. *fil.*

L'iperpiressia nel trattamento dell'asma.

Schottmüller (*Deutsche Mediz. Wochens.*, 1922, pag. 1474) aveva osservato che in una donna di 45 anni in cui gli accessi di asma erano ribelli ad ogni rimedio, un attacco intercorrente di influenza con febbre alta li fece scomparire. Tre mesi più tardi la stessa donna veniva portata all'ospedale in penose condizioni per un nuovo attacco di asma con una eosinofilia di 11 %. Dopo aver tentato inutilmente i soliti rimedî, fra cui l'adrenalina e l'asmolisina, l'A. ricorse all'iniezione endovenosa di un vaccino preparato con germi isolati dal sangue di un malato di setticemia, germi non identificati, di cui si sa però che erano capaci di provocare leucocitosi e febbre senza danneggiare gli organi. Un'ora dopo l'iniezione, la paziente ebbe brividi, la temperatura salì a 40°.8; si ebbe leucocitosi a 18,000 ed un erpete labiale esteso. La respirazione, che da diverse settimane era di 40-50 per minuto, scese alla normale nello stesso giorno; in seguito la paziente potè tenere la posizione orizzontale e riposare tranquillamente; non ebbe ricadute entro due mesi. La stessa cura, applicata in altri otto casi in uno dei quali la dispnea era tanto grave che l'ammalato non poteva parlare, diede buoni risultati in sette. Il trattamento può venire considerato come un esempio di proteinoterapia aspecifica. A. Z.

Ricerche sull'azione vascolare dell'adrenalina nell'uomo.

Si ammette che in genere il 94 per cento dell'adrenalina somministrata per via sottocutanea sia distrutta per ossidazione, e che il sei per cento della quantità iniettata eserciti la sua azione. Le esperienze sono state però fatte su animali di laboratorio e Fornet di Budapest (*Archiv für experim. path. und pharmac.*, 1922, n. 1-3) ha potuto convincersi che esse esperienze non possono valere per l'uomo. Le ricerche fatte dall'A. sull'uomo, hanno dimostrato che l'adrenalina non è distrutta dal sangue. Inoltre se si ha la cura, prima di iniettare l'adrenalina sotto la pelle, di applicare un tubo di caoutchouc intorno al braccio, al disopra del punto dell'iniezione, non si nota alcun effetto sulla pressione sanguigna durante tutto il tempo della legatura; ma allorchè dopo 20 minuti si toglie la legatura, si notano palpitazioni intense e rapida elevazione della pressione arteriosa: l'adrenalina non è stata dunque distrutta dal tessuto sottocutaneo. Tutta l'adrenalina iniettata sotto la pelle è assorbita, ma la reazione sarà intensa a seconda che l'assorbimento sarà rapido o graduale. Ora la rapidità dell'assorbimento è molto variabile e si lascia influenzare dal calore (accelerazione), o dal freddo (rallentamento). La via sottocutanea si presta dunque assai male per la determinazione della sensibilità all'adrenalina. MONT.

SEMEIOTICA.

Valore dei metodi di ricerca dei bacilli di Koch nell'espettorato.

L. Bernard et Coste (*Paris Médical*, 20 gennaio 1923), hanno ripreso lo studio dell'argomento non solo per il suo interesse scientifico, ma anche per la sua importanza pratica, dato il moltiplicarsi dei centri di esame dei tubercolosi, dei dispensarî antitubercolari, ecc.

Essi hanno esperimentato i tre principali metodi di concentrazione dei bacilli di Koch (ossia l'omogeneizzazione con l'antiformina, l'omogeneizzazione con la soda secondo il metodo di Mathieu, e l'arricchimento secondo il metodo di Bezançon) in 165 espettorati positivi, ed in 118 espettorati negativi all'esame diretto, ma provenienti da ammalati fortemente sospetti di tubercolosi, ottenendo i seguenti risultati:

A) *Espettorati positivi all'esame diretto.*

L'antiformina ha dato un tasso medio di arricchimento di $\frac{108,5}{1}$.

Il tasso medio di arricchimento con la soda è stato di $\frac{65,6}{1}$; quello dell'arricchimento col metodo di Bezançon è stato di $\frac{23,4}{1}$

Gli AA., inoltre, hanno ottenuto tra l'altro ottimi risultati dall'arricchimento seguito da omogeneizzazione.

Essi concludono pertanto provvisoriamente che il rendimento della omogeneizzazione è nettamente superiore a quello dell'arricchimento.

B) *Espettorati negativi all'esame diretto.*

Su questi espettorati gli AA. hanno esperimentato, oltre i tre metodi sopra accennati, anche la iniezione in cavia, giungendo alle seguenti conclusioni:

1) l'esame diretto, purchè sufficientemente ripetuto e prolungato, ha sempre un considerevole valore;

2) i varî metodi di concentrazione dei bacilli di Koch nell'espettorato hanno un interesse scientifico, ma sono di discutibile applicazione pratica;

3) l'iniezione in cavia è di capitale importanza; essa sola permette di classificare in modo definitivo un espettorato sospetto.

ALDO CARDARELLI.

IGIENE.

La pulitura a secco degli indumenti.

È noto che molti indumenti, specialmente di lana e di seta, vengono puliti con il sistema detto a secco, consistente nella lavatura fatta a mano (o preferibilmente con mezzi meccanici) mediante sostanze solventi dei grassi, quali il benzolo, la benzina, il tetracloruro di carbonio. Quali garanzie offre il metodo per ciò che riguarda il contenuto batterico, rispettivamente la presenza dei patogeni e la loro distruzione?

J. C. Fettermann (*The Amer. Journ. of public Health*, giugno 1922) ha fatto in proposito esperienze in alcuni impianti di lavatura a secco, in cui gli indumenti venivano dapprima tenuti in benzolo e sapone per 15 minuti, poi risciacquati in benzolo puro per 5 minuti, rimescolati in tamburi per 15 minuti e da ultimo compressi. Il Fettermann, infettando gli indumenti con il *Bac. subtilis*, ottenne una riduzione dei germi del 93 % ed infettandoli con batterî lattici la ottenne del 99 %. In realtà i risultati non possono essere migliori, quando si tenga presente che il *Bac. subtilis* ha spore resistentissime e che le condizioni che le distruggono uccidono anche ogni germe patogeno; in genere si può ritenere che la resistenza dei batterî lattici si avvicini a quella della maggior parte dei germi che si possono trovare sugli indumenti e che quindi con la pulitura a secco si possa ottenere praticamente la disinfezione. Beninteso l'impianto deve rispondere alle esigenze igieniche e la lavorazione deve essere fatta con mezzi meccanici per dare garanzie di efficacia, oltre poi alle norme da osservarsi per evitare intossicazioni da parte degli individui addetti alla lavorazione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Nell'igroma della borsa prerotulea. — All'abbonato n. 9569:

Se per igroma della borsa prerotulea intende la borsite cronica sierosa semplice, difficilmente otterrà la guarigione colle iniezioni modificatrici. Se si tratta di una forma tubercolare può darsi che queste raggiungano lo scopo. Nelle borsiti però è sempre da preferirsi l'asportazione.

In ogni modo il liquido da preferirsi per le iniezioni è la soluzione iodo iodurata alla Durante (iodio 1, ioduro di potassio 2, acqua 100) della quale si iniettano 1 o 2 cmc. ogni 2 o 3 giorni colla più scrupolosa asepsi e dopo disinfezione della cute con tintura di iodio. Se v'è liquido nella borsa, conviene prima estrarlo.

L. D.

Resistenza del bacillo tubercolare nell'ambiente. — Al dott. G. D., Valva:

La resistenza del bacillo tubercolare all'essiccamento e alla luce diffusa è molta; può prolungarsi anche per mesi. Non è possibile stabilire il limite di tempo dopo il quale sia consentito abitare senza pericolo in una camera nella quale abbia dimorato un tubercolotico, perchè sulla vitalità e sulla virulenza del germe hanno influenza molteplici fattori. Ma il problema non dovrebbe preoccupare il collega che può sempre fare una sufficiente disinfezione dell'ambiente con mezzi semplici ed economici, lavando il pavimento e le pareti o con sublimato all'1 %, o con liscivia calda.

G. SAMPIETRO.

Nelle ragadi dei capezzoli. — Al dott. M. F. da Len., abb. n. 1273:

È anzitutto necessario prevenirle con una adatta igiene. Quando si sono formate, la cura ne è assai fastidiosa: viene consigliata la miscela a parti uguali di glicerina, acido tannico, ed acido fenico al 5 %. Recentemente è stato proposto, dal dott. M. Simone, l'acido amido-ossibenzoico, sul cui uso riferisce favorevolmente il dott. C. Rubbiani nella «Gazzetta italiana delle levatrici».

M. P.

All'abb. n. 1495-1:

Trattati italiani recenti di farmacologia e terapia sono quelli del Gaglio (Società Editr. Ital., Milano) e del Marfori (L. Pierro, Napoli).

Non possiamo fornire indicazioni bibliografiche su temi speciali: questo compito esula da quelli riservati alla «Posta». Può rivolgersi ad un Istituto bibliografico.

a. p.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Per le pensioni dei sanitari.

Sembra ormai assicurato che le norme concernenti il trattamento di pensione a favore dei sanitari saranno approvate mediante decreto-legge. Il ministro delle Finanze, on. De Stefani, ha comunicato al Sottosegretario di Stato alla Presidenza che presenterà il relativo schema di decreto nel prossimo Consiglio dei Ministri.

Speriamo che finalmente — dopo tanto ritardo non necessario — questo atto di giustizia si compia.

Le assicurazioni sociali

Il Congresso nazionale industriale per le assicurazioni sociali ha approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso, pur apprezzando le ragioni etiche e pratiche che debbono far considerare con simpatia l'Assicurazione contro le malattie, ritiene tuttavia che non sia possibile procedere all'introduzione in Italia dell'assicurazione stessa fino a quando le altre Assicurazioni sociali vigenti non saranno in istato di adeguato ed effettivo funzionamento, fino a quando l'economia italiana, rimarginate le recenti ferite, non avrà ripreso il suo ritmo produttivo normale, e fino a quando le finanze pubbliche non saranno definitivamente assestate. Il Congresso fa voti peraltro che frattanto le libere e concordi iniziative dei datori di lavoro e dei lavoratori possano preparare il migliore terreno per l'applicazione futura dell'Assicurazione malattie ».

In sostanza, le classi industriali tendono a rinviare *sine die* la sistemazione delle assicurazioni contro le malattie.

Quasi contemporaneamente, il ministro del Lavoro ha ricevuto una Commissione delle organizzazioni sindacali fasciste della Liguria, la quale ha chiesto, fra altro:

a) che nel ramo infortuni sia attuata una generale riforma organica con abolizione di ogni monopolio, riducendo le funzioni dello Stato ad una sola vigilante opera di controllo;

b) che l'assistenza medico-legale venga esclusivamente attribuita *ad organi* riconosciuti dal Ministero del Lavoro;

c) che nel ramo delle malattie sia resa obbligatoria l'assicurazione e siano dichiarate indennizzabili le malattie professionali assimilandole agli infortuni, pur conservando a questi il loro speciale carattere.

Il Ministero, dopo aver assicurato che è intendimento del Governo di armonizzare, coordinare e semplificare la complessa materia delle assicurazioni sociali e che è già avviata un'opera di semplificazione e di coordinamento, circa l'assicurazione contro le malattie, ha dichiarato che l'argomento è allo studio ed ha espresso la fiducia che fra breve potrà essere concretato il relativo disegno di legge.

Ha soggiunto il Ministro che le osservazioni e i voti esposti dalla Commissione circa le malattie professionali sono meritevoli di ogni considerazione e che saranno oggetto di attento esame allo scopo di stabilire in qual modo questo aspetto speciale della questione possa rientrare nel quadro generale dell'assicurazione contro le malattie.

La manifestazione dei propositi del Governo è ancora troppo generica perchè si possa desumerne sia pure la linea direttiva.

Conviene, dunque, attendere che lo schema del disegno di legge sia redatto e pubblicato. In materia così delicata e complessa, che tocca ordinamenti e interessi, la discussione sarà indispensabile: e dovrà essere ampia e serena. È da ritenere, perciò, che non si provvederà senz'altro mediante decreto-legge.

QUESTIONI PRATICHE.

XXII. — La condizione degli impiegati comunali in rapporto alla indennità caroviveri.

I quesiti che sono frequentemente segnalati alla nostra attenzione circa le norme regolatrici delle indennità caro-viveri sono indice di incertezze e di dubbi diffusi, che è utile chiarire con delucidazioni di massima. È noto che, con D. L. 9 marzo 1919, n. 338, le Provincie e i Comuni furono *obbligati* ad assegnare, a decorrere dal 1° gennaio 1919 e *fino a tutto l'esercizio finanziario successivo alla pubblicazione della pace*, ai dipendenti impiegati, agli agenti e salariati, ancorchè temporaneamente assunti a posti compresi nelle piante organiche debitamente approvate e privi di titolare, una indennità mensile in misura e con le limitazioni stabilite per gli impiegati dello Stato dagli art. 1, comma I e IV, 2 e 3 del D. L. 14 settembre 1918, n. 1314.

Trattandosi di un *obbligo tassativo*, spettava alla Giunta Provinciale Amministrativa di sostituirsi al Comune inadempiente e di fare le necessarie variazioni nei bilanci.

In forza del decreto 30 settembre 1920, numero 1389, lo stato di guerra si considerò ces-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

sato alla data 31 ottobre 1920 e, quindi, l'*obbligo legale* dei Comuni per la indennità caroviveri si esaurì alla fine dell'esercizio finanziario successivo, cioè al 30 giugno 1922.

Come risulta dal citato decreto 9 marzo 1919, la indennità competeva ai medici titolari e anche agli interini assunti in servizio per posti di organico privi di titolare. Trattandosi di un obbligo *ex lege*, se il Comune non vi avesse in tutto o in parte provveduto, il medico potrebbe ripetere anche ora la somma dovutagli, mediante azione giudiziaria.

Fu presentato alla Camera un disegno di legge per la concessione *obbligatoria* della seconda indennità caro-viveri, che era stata assegnata agli impiegati dello Stato con decreto 3 giugno 1920, n. 737; la Camera approvò questo disegno di legge, ma — dopo varie vicende parlamentari — il Senato lo respinse.

Quindi, per gli impiegati dei Comuni e delle Provincie non fu esteso l'*obbligo legale* della concessione della seconda indennità. Ma frattanto, durante la lunga mora parlamentare, il Governo diede istruzioni per la concessione della nuova indennità, autorizzando per fino le G. P. A. a sostituirsi ai Comuni: da queste sollecitazioni derivarono provvedimenti varî, che ebbero fonte giuridica nelle deliberazioni dei Consigli comunali e delle G. P. A. Ma un obbligo non fu stabilito.

Ciò posto, la situazione attuale si presenta così, dal punto di vista strettamente legale: la concessione della prima indennità caro-viveri era obbligatoria ma è scaduta sin dal 30 giugno 1922; la seconda indennità fu sempre facoltativa; per l'una e per l'altra, i Comuni non sono più obbligati alla concessione.

Il Ministero dell'Interno, preoccupato delle conseguenze della immediata soppressione delle due indennità, mentre permanevano duramente le condizioni economiche che ne avevano determinato la concessione, credette di temperarne gli effetti mediante istruzioni, in forma di circolare ai Prefetti, segnalando ai Comuni e agli organi di tutela la necessità di non sopprimere subito la indennità e di procedere, in ogni caso, gradualmente «*non essendosi finora verificata alcuna notevole riduzione nel costo della vita*».

E, infatti, molti Comuni provvidero al trattamento economico eccezionale dei loro impiegati, con forme varie. Ma in questi casi, l'obbligo e i limiti di esso derivano dal provvedimento validamente approvato dal Comune o dalla G. P. A., che costituisce, per tanto, la fonte giuridica del diritto dell'impiegato.

Talvolta i Comuni deliberarono di assegnare la prima e la seconda indennità, senza determinazione fissa di tempo, ma con questa formula o altra analoga: «sin che sarà concessa agli impiegati dello Stato».

Di fronte ad un provvedimento che abbia questa portata, si deve ritenere che le indennità siano ancora dovute, perchè con legge di bilancio, per l'esercizio finanziario 1922-23, fu disposto che «l'efficacia di tutte le norme emanate in conseguenza della guerra che hanno autorizzato la concessione di indennità temporanee mensili, soprassoldi o altri assegni, indennità o miglioramenti economici sotto qualsiasi forma o denominazione a favore delle varie categorie di personale civile e militare dipendente dallo Stato, con durata limitata a tutto l'esercizio finanziario 1921-22, *è prorogata sino al termine dell'esercizio finanziario* 1922-1923. A partire dall'esercizio finanziario 1923-24 verrà disposta la graduale riduzione dei benefici di cui al precedente comma, nella misura che sarà di volta in volta stabilita con la legge di bilancio».

Questa disposizione non è direttamente applicabile agli impiegati comunali; ma è per essi efficace se e in quanto la loro condizione sia stata equiparata dal Comune, con provvedimento valido, a quella degli impiegati dello Stato.

È indifferente che tale proroga sia stata stabilita con legge formale di bilancio: nel caso nostro, non si applica la disposizione, ma si deduce una *condizione verificatasi*, alla quale la proroga della concessione era subordinata in confronto dei dipendenti comunali.

Si è discusso se, essendo facoltativa la concessione, possano provvedervi i Comuni che superano il limite legale della sovraimposta; ma è da ritenere fondata la risoluzione affermativa, perchè, pur essendo facoltativa la concessione, *la spesa*, riguardando lo stipendio, è compresa per sua natura, *fra le obbligatorie*. Si tratta, in sostanza, di determinare la *misura della retribuzione*: in questi casi, anche fuori del trattamento eccezionale, se il Comune non ha assunto un vero e proprio obbligo giuridico, la determinazione è sempre discrezionale, si tratti di stipendio o di indennità; ma la spesa rientra *per sua natura fra le obbligatorie*.

È, quindi, da ritenere che la indennità possa essere validamente concessa e prorogata anche dai Comuni che superano il limite legale della sovraimposta. Si deve, infine, tener presente che, per i medici condotti e gli ufficiali sanitari, può provvedere — ove occorra — la Giunta Provinciale Amministrativa, in forza del suo potere normale di sostituzione al Comune per elevare lo stipendio, sia pure transitoriamente, a congrua misura al fine di assicurare un regolare servizio sanitario.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il mestiere di tutti.

Si racconta che alla corte di Enrico III di Francia una sera si discuteva sulla professione che più delle altre gli uomini pretendevano di saper esercitare anche senza una conveniente preparazione.

Le opinioni dei varî cortigiani erano discordi. Il buffone di corte infine osò affermare che la professione che meglio si prestava ad essere il mestiere di tutti era quella del medico.

A quell'epoca i medici erano molto rispettati, forse in ragione della loro tronfia ignoranza, e la medicina era tenuta in gran conto, forse in ragione della sua inconsistenza scientifica. I cortigiani pertanto scandalizzati dall'audace affermazione del buffone lo zittirono.

Ma pochi giorni dopo egli dette una dimostrazione sperimentale del suo asserto. Durante una processione religiosa alla quale presero parte tutta la corte, gli alti dignitarî dello Stato, i rappresentanti della nobiltà e del clero, il buffone burlone si gettò a terra contorcendosi come se fosse in preda a violenti dolori. Tutti accorsero in soccorso del consolatore del Re e ciascuno, nessuno escluso, indicò il rimedio che per propria scienza ed esperienza era capace di lenire le sofferenze dell'infelice. Prevalse il consiglio dell'Arcivescovo il quale propose un rimedio usato a quei tempi, consistente in un infuso di letame in vino bianco.

Il buffone spaventato si decise a por termine alla burla e spiegò che aveva simulato la convulsione ed i dolori unicamente per dimostrare la verità di quanto aveva asserito circa la presunzione, da parte di tutti, di sapere esercitare il mestiere del medico.

L'opinione del buffone della corte di Francia nulla ha perduto di giustezza con l'andare dei secoli: essa rimane esatta malgrado i progressi della scienza, malgrado la diffusione della cultura.

La tendenza a suggerire rimedî è istintiva nell'uomo ed è alimentata da quel tanto di saccenteria che non manca a nessuno, specie agli ignoranti, e da quel po' di sensibilità alle sofferenze altrui che non fa difetto anche ai cattivi.

Se qualcuno si lamenta di disturbi che tutta la buona volontà e la scienza di un medico non è riuscito a far scomparire, trova certo tra i suoi amici chi gli suggerisce il rimedio sicuro.

Oggi questa tendenza è fatta più ardita e diffusa da nuove condizioni.

Gli insegnamenti terapeutici che si propinano tanto a buon mercato — a buon mercato s'intende per chi li riceve — nelle pagine di pubblicità dei quotidiani o nelle colonne che più o meno abilmente dissimulano gli scopi reclamistici, hanno fatto di ogni buon cittadino un medico sapiente.

La medicina è trattata insieme ed alla stessa stregua della politica, alla cronaca mondana, al movimento commerciale. Accanto agli articoli con i quali si prepara l'opinione pubblica in materia di riforme legislative, vi sono rubriche che erudiscono l'ottimo e l'inclita in diagnostica ed in terapeutica; accanto agli annunzi di stoffe, macchine e generi diversi vi è immancabile ed abbondante la réclame di prodotti medicinali che spiega come e perchè la specialità è buona per tutte le malattie, ottima per tutti i casi.

Si è diffusa in tal modo una così detta cultura medica peggiore dell'ignoranza. Ognuno crede di saperne abbastanza per poter dare consigli a se stesso ed agli amici, ognuno ritiene di potere ed aver diritto ad un'opinione in medicina come l'ha in politica.

Se è vero che l'uomo è un'animale politico è altrettanto vero che è un animale medico.

Tanto l'esercizio abusivo della medicina quanto l'esercizio della politica, da parte di tutti, anche se quello della prima è per modo di dire vietato dalla legge, sono tollerati, anzi sollecitati dal pubblico, e non cadono sotto alcuna sanzione morale.

E l'improvvisarsi medico è altrettanto facile che l'improvvisarsi deputato e magari ministro.

È ben vero che le cose più difficili e più delicate, che fan tremare le vene ed i polsi degli esperti e degli onesti, tentano l'audacia e l'ignoranza degli inetti e degli imbroglioni e ne fanno spesso la fortuna.

E rispettivamente gli individui come le collettività nel desiderio miserevole del miracolo affidano la loro salute, il loro avvenire ai ciarlatani della medicina, come ai mestieranti della politica. *Pangloss.*

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Associazione Nazionale Assistenti Universitari.

«La Sezione di Torino dell'A. N. A. U., in vista dei provvedimenti e delle riforme nella legislazione della Coltura Superiore, considerando:

1) che le Università e gli annessi laboratori scientifici sono i principali fattori della coltura e del grogresso nazionale;

2) che la soppressione, sia pure parziale, di alcuni di questi centri universitari, significherebbe per il nostro Paese un notevole abbassamento del livello della coltura nelle regioni nelle quali esse esistono, e naturalmente in tutto il Paese, ed oltre a ciò diminuirebbe la possibilità delle carriere universitarie in Italia, e quindi il numero delle persone vocate agli studi, ed apporterebbe la sfiducia nei giovani, i quali dovranno domani custodire e continuare il patrimonio scientifico;

3) che l'abolizione di tali centri, determinando un maggior affollamento nelle Università superstiti, affollamento che già oggi è enorme ed insopportabile in alcune delle maggiori Università, renderebbe assolutamente impossibile un'efficace insegnamento delle materie sperimentali;

4) che detto provvedimento, dopo la guerra vittoriosa, pare in troppo stridente contrasto con i provvedimenti dei vinti, dei quali nessuno ha soppresso istituti universitari, ed uno dei più decaduti ha persino voluto completare e consolidare quelli che non erano ancora completi (Amburgo, Colonia, Francoforte); richiama d'urgenza l'attenzione del Presidente Nazionale sulla questione e fa voti che il Governo, che è sorto in uno slancio di fede di tutto il popolo, richiamato alla coscienza della propria vittoria, non voglia abolire nessuno dei centri di coltura superiore, che in ogni tempo sono sempre stati la gloria della nostra Nazione, ed esprime l'augurio che sorgano nuovi centri nelle regioni dove più se ne sente il bisogno ».

MEDICINA SOCIALE.

Il Convegno nazionale per l'assistenza infermiera.

Il Convegno nazionale per l'assistenza infermiera, promosso dall'Associazione nazionale delle infermiere, si è svolto a Milano nei giorni 8 e 9 marzo. Numerosi gli intervenuti, molte le rappresentanze di istituzioni sanitarie, parecchi i medici e le infermiere. Alla seduta inaugurale parlarono il prof. Ronzoni affermando al Convegno fini essenzialmente pratici, il prof. Mangiagalli portando il saluto del Comune di Milano, il prof. Bertazzoli per l'Ordine dei Medici dichiarando la simpatia della classe medica per il sorgere e l'affermarsi di una classe di infermiere professionali, degne collaboratrici. Speciale significato ebbe il discorso del Prefetto sen. Lusignoli per la competenza dell'oratore che alla causa dell'assistenza partecipa da anni. Riassunta nettamente la storia della questione infermieristica nei rapporti con i passati governi, che non seppero affrontarla con sufficiente indipendenza da imitazioni straniere e da fini politici, ne disegnò lo stato attuale dicendo che, avendo l'Ufficio Centrale opportunamente respinto l'ultimo disegno di legge perchè inconcludente, la questione sia da riprendersi *ex novo* ed augurò al Convegno di poter tracciare al Governo direttive per una pronta soluzione del problema che è problema nazionale.

Il prof. Ronzoni lesse la sua relazione su *« Lo stato attuale della questione infermiera in Italia, nuovi orientamenti »*. Egli disse in rapida sintesi lo stato attuale: il personale religioso di solito non sufficientemente preparato tecnicamente; il personale laico tecnicamente preparato scarsissimo; il personale laico comune di preparazione deficientissima. Constatato lo scarso rendimento delle poche scuole-convitto esistenti sorte per iniziativa private Egli torna alle proposte della Commissione Reale del 1919 con le riserve da lui fatte per le attribuzioni della Direttrice nei rapporti con la Direzione Medica: proposta cioè della istituzione di grandi scuole-convitto presso i grandi ospedali, sia per la preparazione di infermiere ospitaliere che di infermiere per la specializzazione della assistenza sociale. Il diploma conseguibile dopo tre anni per le une e per le altre: il terzo anno riservato alle specializzazioni per l'infermiera sociale, al tirocinio ospitaliero per l'infermiera ospitaliera. Reputa non facile il reclutamento e crede necessario fare opera di propaganda per attirare allieve adatte.

Sul tema *« L'infermiera ospitaliera e l'infermiera sociale »* sono state lette due relazioni della marchesa Denti e della signorina Valenzano.

La marchesa Denti, esaminata la situazione presente, conclude col proporre che l'assistenza ospitaliera venga interamente affidata agli ordini religiosi e che si istituiscano delle scuole *ad hoc;* che la formazione del personale occorrente per la assistenza sociale sia affidata ad infermiere americane per un periodo di tre anni.

La signorina Valenzano dimostrando che per l'incremento dell'assistenza ospitaliera e sociale occorre, allontanandola dal dilettantismo, affermarla come *professione* giuridicamente e socialmente riconosciuta, e tale da richiamare un personale veramente elevato, ritiene che occorra anzitutto formare il personale direttivo e di maestranza, selezionandolo severamente e richiedendo per titolo culturale la scuola media superiore. Per mezzo di un tale personale crede che si possa avviarsi alla soluzione del problema assistenziale, in modo diverso che negli altri paesi, non facendo obbligo di convitto ma sostituendovi un periodo di non meno serio e disciplinato internato di servizio ospitaliero, che ritiene indispensabile sia per l'infermiera ospitaliera che per l'infermiera sociale. Crede non doversi ormai più discutere fra religiose o laiche ma fra diplomate o no. Per l'infermiera sociale pensa che le nostre istituzioni sanitarie ci consentano la formazione italiana di tale personale, purchè ad essa opportunamente indirizzato.

La contessa Terni riferisce sul tema *« La posizione professionale della infermiera in Italia »*. Rileva come la mancanza di una professione sufficientemente tutelata e garantita generi la scarsezza di ottime professionisti, la scarsezza di queste generi l'assenza di quella: crede occorra vincere non molte ostilità, fare opera di propaganda costante ed invoca per questa l'aiuto della stampa sanitaria.

La marchesa Targiani parla dello *« Spirito della infermiera »* dimostrando come esso sia la ragione

di essere della missione dell'infermiera sia religiosa che laica.

Esaurita la discussione sulle relazioni la Presidenza del Convegno ritiene opportuno di far suo l'ordine del giorno Ronzani come quello che meglio risponde al concetto ispiratore del Convegno, prospettando al Governo necessità di riforme impellenti richiesta dalla classe infermiera per il suo riconoscimento giuridico, culturale, economico.

Dopo ampia ed obiettiva discussione, fatte alcune modificazioni non sostanziali all'ordine del giorno, viene votato alla unanimità nella forma seguente:

Il Convegno nazionale per l'assistenza infermiera fa voti:

1) Che vengano istituite per legge di Stato presso i grandi ospedali scuole-convitto per infermiere di alto livello professionale con la facoltà a dette scuole di rilasciare diplomi di Stato di infermiera alle allieve che hanno superato gli esami del corso biennale teorico-pratico e quelli finali dopo compiuto il terzo anno di tirocinio:

a) che siano fissati dal Governo modalità e programmi uniformi di funzionamento delle scuole stesse;

b) che le Direttrici delle scuole-convitto e dei servizi di assistenza immediata dell'ospedale dipendano, come il personale sanitario, dal Direttore Medico al quale deve essere affidata la direzione dell'istituto ospitaliero;

c) che le amministrazioni ospitaliere, nel coprire nuovi posti di infermiere effettive, debbano sempre dare la preferenza a personale diplomato;

d) che sia consentito alle Congregazioni religiose che si occupano dell'assistenza ammalati di istituire d'accordo cogli ospedali scuole proprie per conseguire il diploma di Stato; e così pure a Comitati o ad Enti aventi mezzi adeguati, là dove gli ospedali direttamente non possano provvedere;

e) che siano ben stabilite le modalità di finanziamento necessario per la fondazione e l'esercizio di dette scuole.

2) Che alla legge per la istituzione delle scuole-convitto per infermiere professionali sia aggiunta anche l'autorizzazione alle stesse od a Consorzi o a Comitati od Associazioni aventi mezzi adeguati ad istituire, sotto il controllo dello Stato, seguendo programmi dallo stesso fissati, corsi annuali teorico-pratici di perfezionamento o specializzazione della assistenza sociale per Assistenti Sanitarie ed a rilasciare, seguendo norme ben determinate, i relativi diplomi di Stato speciali.

3) Che ai corsi di perfezionamento per Assistenti Sanitarie possano iscriversi soltanto le allieve provenienti dalle scuole-convitto per infermiere, provviste della licenza del corso biennale di detta scuola.

Cronaca del movimento professionale.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione della sottoscrizione*, vedi fasc. 15).

(VARIE):

Dott. Pignone Francesco (Carcare)	L.	50 —
Dott. Di Prinzio Angiolo (Roma)	»	20 —
Dott. Tata Riccardo (Roma)	»	50 —
Dott. Natali Remigio (Fossato di Vico)	»	10 —
Dott. Rizzo Francesco Paolo (Roma)	»	10 —
Dott. Villa Luigi (Treja)	»	10 —
Dott. Guelfi Gaetano (Appiano)	»	25 —
Dott. Tanzini Carlo (Mozzanica)	»	15 —
Dott. Orsatti Appio (Meda)	»	30 —
Dott. Mazzoleni Carlo (Cremeno)	»	50 —
Dott. Quarella Giov. Batt. (Salò)	»	50 —
Dott. Preti (Milano)	»	30 —
Dott. Cavagliano (Milano)	»	20 —
Dott. Bazzano (Milano)	»	10 —
Dott. Dossena (Milano)	»	10 —
Dott. Massazza (Milano)	»	10 —
Dott. Genova (Milano)	»	20 —
Dott. Colombino (Milano)	»	20 —
Dott. Fossati (Milano)	»	30 —
Dott. Cattaneo (Milano)	»	10 —
Dott. Perussia (Milano)	»	20 —
Dott. Marcora (Milano)	»	30 —
Ten. Col. Med. Gillone (Torino)	»	100 —
Ten. Col. Med. Marengo (Torino)	»	100 —
Magg. Med. Balla (Torino)	»	90 —
Magg. Med. Grosso (Torino)	»	90 —
Magg. Med. Gaiottino (Torino)	»	90 —
Magg. Med. Valente (Torino)	»	90 —
Magg. Med. Ferrari (Torino)	»	90 —
Cap. Med. Borello (Torino)	»	80 —
Cap. Med. D'Anerio (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Ferraro (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Garbagni (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Germano (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Maineri (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Rattazzi (Torino)	»	80 —
Ten. Med. Carboni (Torino)	»	65 —
Dott. Balbo (Moncenisio)	»	50 —
Dott. Cambiano (Pinerolo)	»	30 —
Dott. Campini (Cambiano)	»	20 —
Dott. Beltrando (Vinadio)	»	14 —
Dott. De Petris (Susa)	»	19.20
Dott. Pezza (Mortara)	»	10 —
Cap. Med. Carità (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Donadei (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Piolti (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Quartero (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Serra (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Torta (Torino)	»	80 —
Cap. Med. Zacco (Torino)	»	80 —
Ten. Med. Brunetti (Torino)	»	65 —
S. Ten. Med. Macafichi (Torino)	»	65 —
S. Ten. Med. Frandina (Torino)	»	65 —
S. Ten. Med. Rosso (Torino)	»	65 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Scad. 30 aprile. Medico-chirurgo. Stip. L. 7500, aumentabili del dec. per 3 quinq. Ind. cav. (obbligatorio) L. 2500. Ind. temp. caro-foraggio e doppia ind. temp. caro-viv. Uff. san. L. 500. Alloggio miti condizioni.

CASALETTO CEREDAMO (*Cremona*). — Scad. 31 apr. L. 6500 residenziali; addizionale per 1000 poveri L. 2000; L. 2 ogni pov. in più; mezzo trasp. L. 1500 senza obbligo di cavallo; per uff. san. L. 300; due c.-v. Ab. 1428 di cui 1000 circa poveri.

CODEVICO (*Padova*). — Scad. 20 apr. L. 9000, c.-v. in L. 3150, quale uff. san. L. 350, trasporto; aum.

GALLICANO NEL LAZIO (*Roma*). — Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª cond. residenziale; scadenza sessanta giorni dal 1º marzo; età limite 45. L. 7000 oltre le indennità c.-v. Chiedere annunzio.

LUGO (*Ravenna*). — *Ospedale Umberto I.* — Assistente. Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

MILANO. *O. P. Poliambulanza delle Specialità Medico-Chirurgiche* (Via Arena, n. 40). — Dirigente la Sezione Ambulatoria «Malattie veneree e sifilitiche». Titoli. Scad. 30 aprile. Presentare i titoli di rito e carriera alla Direzione Medica.

MONDOLFO (*Pesaro-Urbino*). — Chirurgo medico della 1ª condotta. Scad. 20 apr. L. 7000 fino a 500 pov.; addizion. L. 3; indennità di ospedale L. 1000; due caro-viveri.

ONANO (*Roma*). — A tutto 25 apr., L. 7000 per 2000 (*sic*) pov., 5 quadrienni dec., addiz. L. 1.50, L. 300 uff. san., c.-v. come statali, L. 500 disag. resid. Popolazione agglomerata.

PORTICO (*Firenze*). — Scad. 20 apr. Per S. Benedetto in Alpe. L. 7100, otto trienni dec., L. 2000 resid., L. 4000 cav. rivedib. semestralm., due c.-v.

SACILE (*Friuli*). *Ospedale Civile.* — Medico caporeparto medicina e detto chirurgia; vedi fasc. 15. Scad. ore 19 del 15 maggio.

SANTA LUCIA DEL MELA (*Messina*). — Due cond. Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

SCANSANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag. Due cond., L. 10,000 per 1000 pov.; 4 sessenni dec., addiz. L. 2; doppio c.-v.; L. 2000 cav.; assicur.

SONCINO (*Cremona*). — Condotta medico-chirurgica. 3º Riparto (Gallignano-Isengo). Scad. 31 maggio. serv. soli poveri 800. Ind. resid. L. 6500; stip. 1º migliaio poveri non superato L. 2000. Comp. ambul. L. 200. Ind. resid. aumentabile 1/10 ad ogni quinquennio e per 4 quinquenni; una ind. caro-viv. provv. Documenti rito. Richiedere avviso Segreteria Comunale.

SUZZARA (*Mantova*). — Scad. 30 apr. L. 9000 oltre doppio c.-v., L. 4000 cav., 10 bienni ventes., L. 350 per ogni 100 pov. o frazione sopra il terzo della popolazione, che è di circa 6000 ab. Le condotte sono due.

TERNI. *Ospedale Civico.* — Un chirurgo aiuto e chirurgo cond.; L. 5000 e indennità di cond. Due assistenti; L. 4000. Caro-viv. Nom. biennale. Accettaz. entro 10 giorni. Età limite 35; pel chir. aiuto elevato a 40 se ha prest. serv. di guerra. Chiedere annunzio. Scad. 30 aprile.

TOANO (*Reggio Emilia*). — Vedi fasc. 15. Scad. 25 aprile.

TRECHINA (*Potenza*). — Scad. 1º maggio. Età limite 65. L. 3000 per 300 poveri, L. 10 per ogni pov. in più. Documenti di rito. Chiedere annunzio.

TRIESTE. *Cassa Distrettuale per l'Assicurazione di Malattia dei Lavoratori.* — Tre medici-dirigenti per le ambulanze. Documenti che servano a comprovare la qualità di specialisti per le malattie interne (*sic*). Mansioni e condizioni d'impiego ostensibili presso la Direzione. Contratto di servizio per un periodo di tempo da convenire, previo esperimento di sei mesi. Scad. ore 12 del 21 aprile. Domanda al R. Commissario.

NOTIZIE DIVERSE.

II Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia militare.

Sarà tenuto a Roma dal 28 maggio al 2 giugno p. v., sotto l'alto patronato di S. M. il Re d'Italia. Il Comitato organizzatore, presieduto dal generale medico capo gr. uff. Francesco Della Valle, svolge opera attiva per la degna preparazione di questa importante riunione, cui hanno già aderito le principali Nazioni e molte alte personalità del mondo medico e chirurgico italiano.

I temi da svolgere sono i seguenti:

1º tema: «Organizzazione del servizio di sgombero e adattamento della terapeutica alle necessità di procedere agli sgomberi». Relatori: Francia e Italia.

2º tema: «Collaborazione delle autorità Civili e Militari in materia di igiene, educazione fisica e profilassi». Relatori: Italia e Inghilterra.

3º tema: «Disinfezioni e disinfestazioni in tempo di pace e di guerra». Relatori: Italia e Spagna.

4º tema: «Trattamento delle ferite toraco-polmonari e dei loro esiti». Relatori: Italia e Jugoslavia.

5º tema (Farmaceutico): «I Laboratori chimici alle Armate». Relatori: Italia e Czecoslovacchia.

La quota di adesione per i congressisti italiani è fissata in L. 30, e 15 per le loro famiglie. Avrà luogo una gita ad Anzio, con visita a quel Sanatorio, a Nettuno e ad Ariccia; nonchè una visita al Foro Romano ed al Palatino, sotto la guida dell'illustre senatore Giacomo Boni: certamente

riuscirà del massimo interesse. Si preparano inoltre ai congressisti numerosi ricevimenti ed onoranze.

Tanto i congressisti che le famiglie usufruiranno di ribassi ferroviari dal 40 al 60 %.

Le comunicazioni ed adesioni potranno essere inviate alla Segreteria del Congresso, Ministero della Guerra - Direzione Centrale Servizio Sanitario - Roma.

Corsó di medicina ferroviaria.

Presso la Clinica del Lavoro di Milano, per principale iniziativa del prof. Devoto e col concorso dei proff. Bertarelli e Magnanini, si svolgerà nel prossimo maggio un corso di Medicina Ferroviaria, che è il primo del genere per l'Italia.

Il sen. Pescarolo per la cura dei cancerosi poveri.

Il sen. Pescarolo ha donato L. 200,000, per iniziare una raccolta di fondi intesa ad istituire una Sezione chirurgico-radiologica destinata ai cancerosi poveri nell'Ospedale di S. Giovanni in Torino.

Su proposta dello stesso sen. Pescarolo e con l'aiuto finanziario della cittadinanza, nel 1913 sorgeva, presso questo Ospedale, un Istituto di radiumterapia, che sotto la direzione del prof. Bertolotti venne dotato di un'organizzazione tecnica delle più perfette e raggiunse una grande efficienza; ma ora si è avvertita la necessità di trasformare il detto Istituto in una vera Sezione ospedaliera, per rendere più intima la collaborazione tra chirurgi e radiologi, per promuovere gli studî sulla terapia dei cancro e per soddisfare le impellenti richieste dei cancerosi poveri, che l'attuale Istituto non basta ad accogliere.

Conferenza.

Il sen. Pio Foà ha tenuto il 21 marzo, presso la R. Accademia Medica di Torino, una conferenza sulla lotta sociale contro il cancro, auspice la «Federazione italiana per la lotta contro il cancro».

Voti della Reale Società d'Igiene di Milano.

Il Consiglio Direttivo della R. Soc. Italiana di Igiene ha formulato i seguenti voti:

«La R. Soc. Italiana d'Igiene, visti i dati di statistica recentemente pubblicati, dai quali risulta che la percentuale dei tumori maligni è quadruplicata in Milano, in confronto di 25 anni or sono, fa voti perchè Enti, Istituti e singoli studiosi si occupino del grave problema, specialmente per quanto riguarda le cause».

«La R. Soc. Italiana d'Igiene fa voti perchè — per la tutela delle generazioni future — oltre la vigilanza sanitaria nell'età scolastica, sia attuata o intensificata la vigilanza sanitaria della donna durante il periodo di gestazione e del bambino nei primi anni di vita, quando la morbilità e mortalità sono massime; inoltre fa voti chè venga attuata o intensificata la vigilanza sanitaria dei ragazzi e delle minorenni in quegli stabilimenti nei quali possono incontrare pericoli per la loro salute».

Comitato Universitario italo-polacco.

Allo scopo di restituire la visita degli studenti polacchi in Italia e di rinsaldare vieppiù gli amichevoli rapporti tra le due Nazioni si è costituito in Roma il Comitato Universitario Italo-Polacco. Altro scopo è l'esumazione delle ceneri dell'eroe garibaldino Francesco Nullo ed il loro trasporto nella cattedrale di Cracovia.

Il Comitato si propone anche lo studio delle organizzazioni goliardiche polacche e della possibilità di istaurarne delle consimili anche in Italia.

Le autorità politiche italiane e polacche hanno già promesso l'appoggio dei rispettivi governi. Il Comitato è in relazione con le maggiori organizzazioni studentesche polacche, che fin d'ora assicurano grandi accoglienze ai colleghi italiani.

Si annuncia prossima una conferenza che il dottor Sigmunt Rzewniski terrà sulle organizzazioni goliardiche polacche e sui rapporti intellettuali fra l'Italia e la Polonia.

Istituto di Medicina Sperimentale a Buenos Aires.

È stato fondato dalla «Universidad Nacional» di Buenos Aires ed affidato al prof. A. H. Ruffo, il quale intende di orientarne, in primo tempo, l'attività allo studio del cancro.

Rifiuto tedesco di curare franco-belgi.

In seguito alla decisione di due grandi Associazioni mediche tedesche di non accordare più le loro cure ai malati di nazionalità belga o francese, l'Associazione generale dei medici di Francia pubblica sul *Matin* una violenta protesta.

«Si vede in questo atto — dice la protesta — una ripetizione più grave e scandalosa ancora del famoso manifesto degli intellettuali col quale la scienza tedesca si metteva al bando dell'umanità. La coscienza medica si ribella a quest'atto. Gli uomini che hanno preso tale decisione sono gli stessi che nei campi di prigionieri collocavano i nostri soldati validi presso quelli che morivano di tifo, mentre noi curavamo i tedeschi colla stessa sollecitudine usata per i nostri soldati quando i nostri cuori erano torturati dall'annunzio delle mostruosità commesse nelle regioni invase. Per noi la sofferenza non ha frontiere».

Commemorazione di Pasteur.

Una commemorazione dell'immortale scienziato ebbe luogo presso l'Università di Torino il 14 marzo; oratore ufficiale fu il prof. Ernesto Bertarelli.

Si è spento il dott. DOMENICO MIGLIORI, che per tanti anni ha retto le sorti dell'Ufficio sanitario della provincia di Cosenza.

Modesto quanto profondo nel sapere professionale lascia una larga eredità di affetti, una lunga scia di dolorosi rimpianti!

Le sue virtù, le sue doti morali ed intellettuali, lo resero elemento prezioso fra di noi.

Dott. U. TASSONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Archivos de la Confer. de Medicos, ecc., n. 3. — V. BLANCO Y PAPERINI. Pneumopatia sifilitica in neonato.

Lancet, 6 gen. — F. W. MOTT. Trattamento della sifilide del sistema nervoso. — L. W. HARRISON. Trattamento delle manifestazioni tardive della sifilide. — R. M. HAUDFIELD-JONES. Tubercolosi della lingua.

Gaz. d. Hôp., 2 e 4 gen. — L. BABONNEIN e F. DUGNÉ. Eredo-sifilide con manifestazioni insolite: ittiosi, pigmentazioni cutanee, malattia di Roger.

Mediz. Klin., 7 gen. — E. BUMM. Siero- e chemoterapia delle infezioni puerperali. — OPITZ e a. Il problema dell'eclampsia.

Wien. Klin. Wochens., 4 gen. — WAGNER-JAUREGG. Organoterapia delle neurosi e psicosi.

Deut. Med. Wochens., 5 gen. — M. ASKANAZY. Sulla patogenesi del cancro gastrico. — W. UHTHOFF. Sul trattamento del glaucoma.

Journal A. M. A., 16 dic. — S. M. LAMBERT. Il tetracloruro di carbonio nell'anchilostomiasi. — A. KOHLMER e S. S. GREENBAUM. Allergia cutanea nella sifilide.

Pediatria, 1 gen. — G. DI CRISTINA. Etiologia e patogenesi della febbre scarlattinosa.

L'Actinoterapia, gen. — L. BRUNETTI. Glaucoma emorragico trattato coi raggi X.

Clinica y Laboratorio, 1. — L. URRUTIA. Trattamento dell'ulcera duodenale consecutiva alla gastroenterostomia. — J. CODINA. Autosieroterapia integrale nella tbc.

Mediz. Klinik, 14 g. — C. v. NOORDEN. Trattamento domestico del diabete.

Paris Méd., 6 gen. — Numero sulla tubercolosi.

Journ. Méd. Français, nov. — Numero sul cancro. — Dicembre. Numero sulle sifilidi viscerali.

Studium, 20 dic. — A. CARDARELLI. Anemia da anchilostoma. — A. ZUPPA. La prova della alizarina nella diagnosi di tubercolosi.

Lancet, 13 gen. — H. GILFORD. Anemia di Addison. — C. LILLINGTON. Il trattamento della tubercolosi precoce.

Journal de Méd. de Paris, 6 gen. — G. DROUET. Purpure tossiche emoclasiche.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 dic. — H.-L. ROCHER e R.-H. NOIRIT. Scoliosi congenite.

Deut. Med. Wochens., 12 gen. — H. LEO. La disinfezione orale. — W. G. RUPPEL. Proteine liofile e liofobe come antigeni e anticorpi.

Paris Méd., 13 gen. — H. ROGER. L'emiplegia dei cardiaci.

Rev. españ. de Med. y Cir., dic. — B. R. ARIAS Diagnosi biologica della paralisi generale.

Riforma Med., 15 gen. — F. ALZONA. Alterazioni di sviluppo del cieco e membrana pericolica. — A. VERSARI. L'antimonio nella cura della lebbra.

Münch. Med. Wochens., 12 gen. — W. ALWENS e S. HIRSCH. Iniezioni endolombari d'aria a scopo diagnostico (encefalografia).

Rif. Med., 22 gen. — G. IAFOLLA. Ipotrofia del cucullare nella diagnosi precoce della tbc. polm. — P. MINO. Modificazioni dei gruppi sanguigni.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 gen. — S. MARCONI. Rammollim. della trave e di un tratto della sostanza bianca del centro ovale destro.

Presse Méd., 17 gen. — C. DELEZENNE. L'opera di Pasteur. — J. GOURDON. Le anche insufficienti.

Journ. de Méd. de Paris, 13 gen. — Numero sulla radiumterapia.

Pathologica, 15 gen. — F. DE GASPARI. Anafilassi sperimentale attiva e passiva con olii grezzi o vergini.

Indice alfabetico per materie.

Adrenalina: azione vascolare . . . *Pag.* 511
Asma: cura mediante l'iperpiressia . . » 511
Assicurazioni sociali: le — . . . » 513
Assistenza infermiera: il convegno nazionale per l'— . . . » 515
Bacillo tubercolare: resistenza nell'ambiente » 511
Bacillo tubercolare: valore dei metodi di ricerca nell'espettorato . . » 511
Bibliografia . . . » 507
Cancro bilaterale del seno . . . » 505
Carcinoma della prostata curato col radium » 494
Colecistectomie per colecistite: risultati lontani . . . » 510
Colesterinuria e indacanuria . . » 503
Igroma della borsa pre-rotulea: trattamento . . . » 511
Indennità caro-viveri: condizione degli impiegati comunali in rapporto alla — » 513
Insegnamento superiore » 514
Malaria e chirurgia . . . *Pag.* 498
Mestiere di tutti: il — . . . » 514
Morbo di Pott: diagnosi . . . » 504
PASTEUR L.: biografia . . . 499, 501
Pensioni dei sanitari: per le — . . » 513
Pleuriti colesteriniche . . . » 505
Pneumotorace artificiale: meccanismo d'azione in base alle osservazioni anatomo-patologiche . . . » 489
Pulitura a secco degli indumenti . . » 511
Ragadi dei capezzoli: trattamento . » 511
Reumatismi: terapia locale . . . » 510
Setticemia streptococcica e cirrosi di Hanot . . . » 509
Shock traumatico: contributo sperimentale . . . » 508
Sindromi addominali associate a malattie della cistifellea . . » 509
Tifo addominale e cirrosi epatica . . » 509
Tumore del muscolo grande adduttore . » 508
Vescica urinaria: lesione rara . . » 496

Roma, 1923 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX **Roma, 23 Aprile 1923** **Fasc. 17**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: V. Salvo: Anastomosi deferenziale.

Note e contributi: M. Artom: Sul valore dei preparati bismutici nella terapia della sifilide nervosa.

Osservazioni cliniche: A. Pellegrini: Angiectasie a corona toraco-basilari.

Sunti e rassegne: UROLOGIA: Kiellenthner: Sulle ematurie. — Eliot: Sintomi e diagnosi della litiasi renale. — F. Hirschfeld: Sintomi di eccessivo lavoro del rene malato. — D. Beyer: Le prostate che scompaiono.

Storia della medicina: Gli albori del giornalismo medico italiano.

Cenni bigliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: Società Medico Chirurgica di Pavia. — Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sistema digerente: Sulla dispepsia nervosa. — Il trattamento dell'aerofagia. — Errori comuni nel trattamento delle malattie del retto. — MISCELLANEA: I limiti della medicazione intravenosa. — Le iniezioni endovenose di cloruro di calcio nelle omorragie viscerali. — La somministrazione dell'adrenalina. — Nell'eczema acuto dell'orecchio. — SEMEIOTICA: Un nuovo segno fisico dei versamenti pleurici. — IGIENE: La pulizia dei bicchieri e delle stoviglie nei pubblici esercizi. — POSTA DEGLI ABBONATI — VARIA.

Politica sanitaria e Giurisprudenza: Il nuovo regolamento per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

Nella vita professionale: MEDICINA SOCIALE: Pisani: Per la lotta contro gli «stupefacenti». — Cronaca del movimento professionale. — Concorsi.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE SANT'ANTONIO IN TRAPANI.

Anastomosi deferenziale.

Dott. VITO SALVO.

Per la determinazione del trattamento più opportuno delle ferite trasversali complete del dotto deferente, allo scopo di ristabilire la continuità e la permeabilità del condotto, la ricerca sperimentale ha una indiscutibile superiorità sulle osservazioni cliniche, perchè il ristabilirsi della permeabilità del dotto nell'uomo è desumibile unicamente dallo stato del testicolo, prova incerta, mentre nel cane, è possibile una dimostrazione diretta.

Il primo che si sia occupato di tali esperienze sui cani e con risultati positivi fu il Poggi. Introducendo un crine di cavallo, lungo cm. 3 nel lume di uno dei due monconi e tenendo in contatto le superficie di recisione di questi, il Poggi con una piccola pinza uncinata solleva e lega con catgut N. 0 la tunica connettivale dei due monconi in due punti opposti, ed in 6 esperienze ebbe risultato positivo, per la cicatrizzazione del condotto e per la permeabilità, dimostrato col facile passaggio di un crine esploratore e con sezioni microscopiche del dotto e del testicolo. Il crine di sostegno non si è trovato in alcuna sezione delle vie escretive dello sperma. In due altri esperimenti adoperando il catgut invece del crine, come filo di sostegno, il risultato fu in entrambi negativo per la permeabilità. In un altro esperimento la cicatrizzazione era completa e pervio il lume, ma il crine dopo 30 giorni rimaneva soffermato nel sito della unione termino-terminale e nel testicolo corrispondente si rilevavano i segni di stasi spermatica che precede la sclerosi dell'organo.

In un altro esperimento il Poggi adoperando un crine di cavallo più lungo, ad uno degli estremi del quale, con un piccolo ago attraversava la parete del dotto da dentro in fuori e lo fissava ai punti della sutura cutanea, in terza giornata ritirava il crine ed il risultato era positivo per la continuità e per la pervietà.

Lo Ingianni e l'Arpini riuniscono i monconi del deferente con tre punti staccati di seta ed in 4 esperienze senza sostegno interno, in 9 con sostegno di filo di catgut, in 4 con sostegno di crine, in 5 con sostegno di ossa decal-

cificato, in 4 con sostegno di filo di argento i cui estremi érano riportati sulla linea di sutura cutanea per essere tirati il terzo giorno, ed in tutte le esperienze non ottennero la perveità desiderata.

La ragione dell'insuccesso costante in questi esperimentatori, i cui risulati sono in contradizione con quelli del Poggi, a me pare debba dipendere dall'impiego della seta e dal modo di passare i punti penetrando nel lume del condotto. M'indusse anche a tentare una via diversa dal Poggi la necessità dell'impiego di un sostegno, giacchè il catgut aveva dato una occlusione ed il crine, se abbandonato nel dotto, si impunta contro la mucosa nella sua migrazione e se ritirato dopo 3 giorni, attraversando con uno degli estremi la parete del dotto, può rappresentare un tramite di propagazione, verso la profondità, di suppurazioni circoscritte che diversamente sarebbero rmaste crcoscritte al piano superficiale.

Pertanto ho ideato di tentare il ristabilimento della continuità del dotto mediante una anastomosi latero-laterale dei due monconi, giacchè per questo condotto è raro che non si abbia a disposizione una lunghezza sufficiente, sia perchè è raro asportarne un tratto piuttosto lungo operando l'erniotomia, giacchè una volta reciso per inavvertenza del chirurgo, si riconosce subito, sia perchè il condotto è anatomicamente più lungo di quanto è necessario per una anastomosi latero-laterale senza che la sutura soffra lo stiramento.

Il grande vantaggio dell'anastomosi laterolaterale, per un dotto così ristretto, è nella formazione di una lacuna nel sito anastomotico, lacuna che garentisce la permeabilità, sostituendo un'ovale ad un circolo.

L'ostacolo principale per una anastomosi latero-laterale di un condotto di calibro si piccolo e di pareti relativamente spesse, come il deferente, consiste nella difficoltà di penetrare per tutta la estensione della incisione longitudinale nel condotto e di mantenere divaricati i margini di questa incisione in modo da fare corrispondere la linea di sutura in prossimità della linea di incisione della mucosa; e ciò tanto più in quanto che la esperienza degli altri, mi avvertiva essere sufficiente per la occlusione che un filo di seta, per quanto sottile, sporga dal piano di sutura nel lume del dotto o che un filo riassorbibile (catgut) sia messo dentro il lume di sostegno. A vincere questo ostacolo sono riuscito completamente coll'impiego di aghi da sarto senza punta e di calibro corrispondente, i quali penetrano facilmente nel lume del dotto senza ferire nè maltrattare la mucosa.

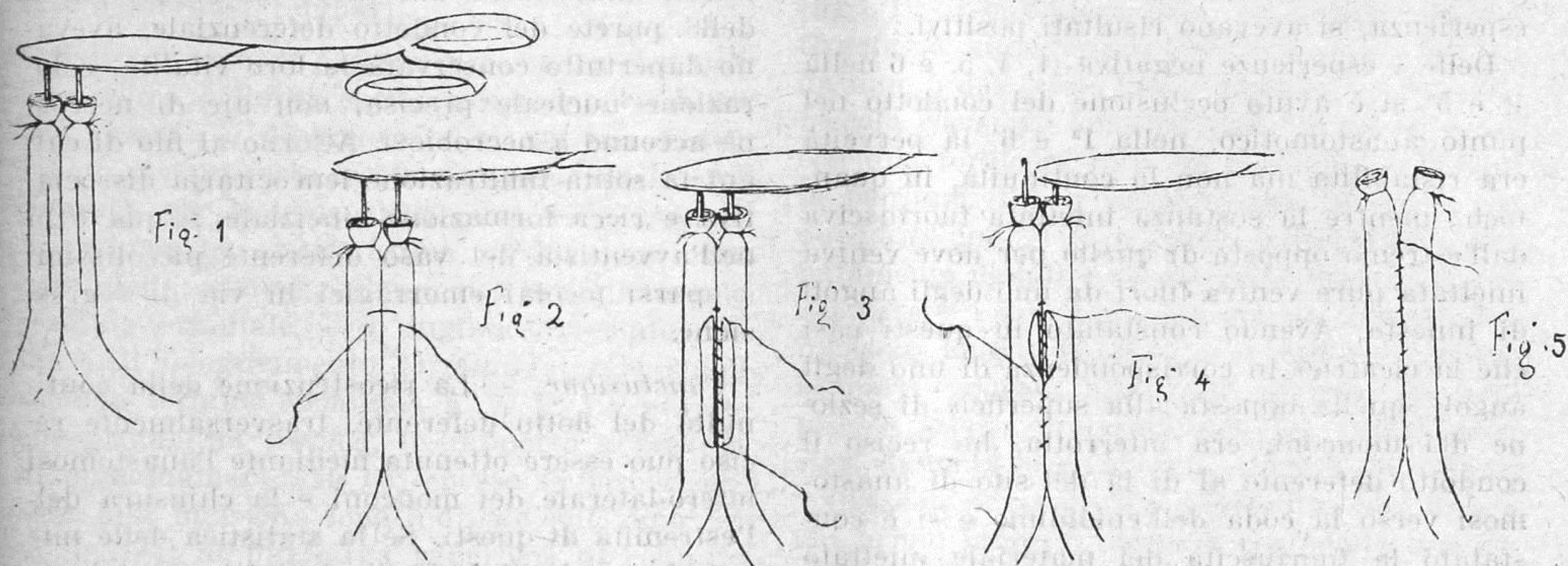
Dopo tanti tentativi la tecnica che ho stabilito è la seguente: Si ha bisogno di un coltellino di oculistica del Graefe, di un sottilissimo ago curvo rotondo tagliente solo in punta, due aghi retti da sarto, a punta smussata ed una piccola pinza istologica a punte sottili.

Per la sutura ho adoperato il catgut N. O O. In ciascuno dei due monconi viene introdotto un ago retto da sarto per cm. 3 con la cruna in fuori che viene fissata con seta al dotto e che viene introdotta nella cruna.

I due monconi così preparati vengono addossati l'uno all'altro a canne da fucile in modo che l'arteriola deferenziale, che si ha avuto cura di non offendere, decorra in ambo i monconi al margine distale delle due superficie di addossamento (figura 1). Per mantenere in questa posizione i due condotti durante tutto il tempo necessario alla sutura, si fissano le due crune nei morsi di una pinza di Pean, mentre con altro filo di catgut passato attorno ai due condotti in corrispondenza delle due estremità smussate degli aghi ed annodate lassamente si evita l'allontanamento dei due condotti nella parte opposta di recisione trasversale. (Fig. 2).

Col bisturi Graefe si incide longitudinalmente per l'estensione di cm. 1 1/2 la parete di ciascun condotto a partire da mm. 3 a 4 al di sotto della legatura posta in vicinanza della superficie di sezione dei monconi ed in modo di penetrare nel lume dei condotti, cosa che riesce facile per la presenza degli aghi retti. (Fig. 2). È necessario per la buona anastomosi che ciascuna incisione longitudinale si vada rendendo sempre più superficiale man mano che si arriva alle due estremità, in modo che la incisione della mucosa sia di qualche mm. più breve della incisione degli strati esterni della muscolare. Col piccolo ago curvo montato di catgut OO si passa il primo punto a cominciare dagli angoli vicini alle superficie di recisione dei due monconi, in modo che l'ago penetrato in corrispondenza dell'angolo di una delle incisioni, senza giungere nel lume, fuoriesca dalla superficie esterna del dotto a mm. 1 1/2 dall'estremo dell'incisione longitudinale e ripeta l'identico cammino, ma in senso inverso, nell'altro moncone (Fig. 2 e 3); dopo di che il filo è annodato, e reciso il capo più breve. Si seguita quindi a riunire con sutura continua a sopragitto i due margini interni delle due incisioni longitudinali sino all'angolo opposto a quello dal quale si è cominciata la sutura, aiutandosi per la fissazione dei due margini con la pinza istologica a punte sottili ed avendo la precauzione di far penetrare l'ago in modo da sfiorare appena il margine di recisione della mucosa, facile a vedersi per

la presenza dell'ago retto nel lume del condotto e di attraversare un sufficiente strato di tessuto della muscolare. Agli angoli opposti a quelli dai quali si è cominciata la sutura, si ripete lo stesso punto col quale essa è cominciata (fig. 4) ed a questo si fa seguire, senza interruzione, la sutura a sopragitto dei margini esterni delle due incisioni (fig. 5) coll'accorgimento di attraversare un sufficiente strato della muscolare e di rasentare il margine della mucosa, sino a raggiungere il primo punto di partenza della sutura. In questa seconda parte della sutura è utile che la pinza di Pean fissi uno solo degli aghi introdotti nei lumi del dotto, perchè i punti non stirino troppo, ed uno dei deferenti possa girare sull'altro e mettersi bene in contatto le due superficii di sezione che riunite formano la seconda



sutura. Si recidono quindi i fili di seta che mantenevano fissati i monconi agli aghi ed il filo che teneva temporaneamente ravvicinati i due dottolini nella parte opposta alla superficie di recisione dei monconi, l'altro ago retto viene ritirato. Nei solchi lasciati dai fili di seta si passa attorno a ciascun moncone un filo di catgut N. OO che viene annodato strettamente e con le due estremità del filo, dopo il primo nodo, si cerca di circondare il moncone una o due volte annodando nuovamente.

Poscia si pratica la sutura della vaginale al catgut, sutura continua con seta sottilissima e per lo meno a doppio piano del connettivo e sutura a sopragitto con seta dei margini della incisione cutanea. Questi diversi piani di sutura fatti con materiale diverso hanno lo scopo di garentirci dalla precoce apertura della vaginale in caso di suppurazione.

In qualche caso ho eseguito l'anastomosi latero-laterale addossando i due monconi del condotto facendoli scorrere uno sull'altro in modo che una delle superficie di recisione guardasse il testicolo e l'altra l'addome; questo metodo ha dato insuccesso, forse per mera accidentalità. Poi ho completamente abbandonata questa maniera, sia perchè richiede o la recisione o lo scollamento per lungo tratto dell'arteria deferenziale, sia perchè realmente presenta una vera difficoltà tecnica, non potendo i due condotti essere sicuramente e permanentemente fissati durante la esecuzione della sutura, come coll'applicazione delle pinze di Pean.

I vantaggi di questo metodo stanno nella ampiezza dell'apertura anastomotica e perciò nella difficoltà della occlusione, se la tecnica viene eseguita con precisione, per quanto riguarda la incisione e la sutura, poichè l'epitelio dell'un condotto viene portato a contatto con quello dell'altro e riesce quindi facile e precoce il rivestimento epiteliale della sottile linea cicatriziale della mucosa. La difficoltà di penetrare nel lume del condotto viene annullata con la presenza dell'ago retto, che essendo smusso penetra nel lume rispettando la integrità della mucosa ed è ottima e sicura guida non solo al bisturi per la incisione della parete ma anche all'ago curvo per la esatta esecuzione della sutura.

Per la dimostrazione della esatta tenuta della linea di sutura e della permeabilità dell'anastomosi mi sono servito in qualche caso della iniezione di acqua mediante una siringa di Pravatz con ago spuntato, ma nella maggior parte delle esperienze ho immesso nel condotto del mercurio con una pipetta a punta sottile introdotta a cm. 10 a 15 dal punto di innesto. L'altezza della colonna di mercurio era di cm. 15 e nei casi con risultato positivo, per la perfetta tenuta della linea di sutura e per la permeabilità, si poteva seguire il rapido procedere della colonna di mercurio sino alla

coda dell'epididimo. I casi nei quali mancava o la permeabilità in corrispondenza del punto di innesto o la perfetta tenuta della linea di sutura segnano nel diario delle esperienze con risultato negativo.

Nelle otto esperienze eseguite l'esame del pezzo di deferente è stato fatto rispettivamente dopo 28, 30, 34, 37, 38, 54, 79 giorni dalla operazione. Il risultato è stato positivo per la esatta tenuta e per la perveità del dotto rispettivamente nelle esperienze 2ª, 3ª, 7ª e 8ª.

L'ordine però nel quale queste esperienze vengono presentate in rapporto alla durata della esperienza non corrispondono con l'ordine cronologico, perchè le esperienze con risultato negativo appartengono quasi esclusivamente al primo periodo delle esperienze, mentre dopo modificando man mano i dettagli della tecnica, secondo i suggerimenti della esperienza, si avevano risultati positivi.

Delle 4 esperienze negative (1, 4, 5, e 6 nella 4ª e 5ª si è avuto occlusione del condotto nel punto anastomotico, nella 1ª e 6ª la perveità era ristabilita ma non la continuità, in quantochè mentre la sostanza iniettata fuoriusciva dall'estremo opposto di quello per dove veniva iniettata pure veniva fuori da uno degli angoli di innesto. Avendo constatato in questi casi che la cicatrice in corrispondenza di uno degli angoli, quella opposta alla superficie di sezione dei monconi, era interrotta, ho reciso il condotto deferente al di là del sito di anastomosi verso la coda dell'epididimo e si è constatato la fuoriuscita del materiale iniettato anche nell'estremo testicolare del dotto.

In queste 4 esperienze con risultato negativo la guarigione della ferita operatoria è avvenuta per seconda intensione, per quanto lo stato della ferita suppurante faceva supporre che la infezione non si estendesse in profondità.

Potendo nei casi di recisione trasversale completa del deferente, che può accadere nell'uomo, essere recisa l'arteria deferenziale, ed essendo necessario lo scollamento di un certo tratto della stessa, allorquando si vogliono disporre i monconi del deferente per l'anastomosi latero-laterale, non come le due canne di fucile, ma come i monconi di una frattura con notevole accavallamento dei frammenti, mi sono proposto di studiare se abbia sfavorevole influenza, sulla nutrizione dei monconi deferenziali e sulla buona riuscita dall'anastomosi, la interruzione della continuità dell'arteria deferenziale. In due cani, messo allo scoverto il funicello spermatico dall'anello inguinale esterno in giù ed isolatolo accompagnato dalla sua arteriola, ho scollato il tronco arterioso del condotto per cm. 12 in un caso e per cm. 15 in un altro tirando fuori del canale inguinale per quanto era possibile, l'arteria deferente, ed ho asportato il tronco arterioso, previa doppia allacciatura delle due estremità di sezione.

Reciso quindi trasversalmente il condotto nel punto medio del tratto di arteria asportata, ho praticato, col mio metodo suddescritto, l'anastomosi latero-laterale. Asportate le sezioni del deferente dove era caduta la operazione, rispettivamente dopo 12 e 15 giorni ho trovato nel focolaio di sutura aderenze connettivali tenere, facilmente scollabili, ma alquanto più estese che nei casi nei quali l'arteria non era stata lesa.

Dopo fissazione dei pezzi nel liquido di Muller e successivo trattamento, i tagli microscopici, in corrispondenza dell'anastomosi, mi hanno dimostrato che gli elementi istologici della parete del condotto deferenziale, avevano dapertutto conservata la loro vitalità, colorazione nucleale precisa, non aje di necrosi nè accenno a necrobiosi. Attorno al filo di catgut la solita infiltrazione leucocitaria dissociativa e ricca formazione sinciziale; e qua e là nell'avventizia del vaso deferente piccolissimi e sparsi focolai emorragici in via di regressione.

Conclusione. — La ricostruzione della continuità del dotto deferente, trasversalmente reciso può essere ottenuta mediante l'anastomosi latero-laterale dei monconi e la chiusura dell'estremità di questi. Se la statistica delle mie esperienze dà il 50 % di risultati positivi ciò in parte è da attribuire alle incertezze nei primi tentativi nei quali la tecnica era meno perfezionata. La difficoltà della delicata operazione è ridotta al minimo dalle regole fissate. Nell'uomo è prevedibile che questa difficoltà sia minore, perchè il funicello è più grosso. L'apparecchio strumentale speciale si può ridurre ai due aghi da sarto a punta smussa, per i casi nei quali la recisione del deferente rappresenta un incidente imprevisto, aghi che, se non preparati in precedenza, possono essere facilmente sterilizzati alla fiamma ad alcool.

La legatura e la asportazione di un tratto relativamente lungo dell'arteria deferenziale non disturba i processi di organizzazione che intervengono nel sito dell'anastomosi.

URETERO-ANASTOMOSI. — Dei vari metodi operativi per ristabilire la continuità dell'uretere mi pare che è destinato alla più larga applicazione pratica, quello della anastomosi latero-laterale del Monari.

La classificazione sistematica dei vari pro-

cessi operatori della anastomosi ureterica si può riassumere così:

1. *Metodo dello invaginamento*:

termino-terminale (Poggi, Tuffier, Budinger);
termino-terminale con incisione logitudinale del capo invaginante (D'Antona, Winslow, Mayo Robson, Durante);
termino laterale (Von Hook, Kelly, Emmet, Doherty).

2. *Metodo dello affrontamento e sutura*:

termino-terminale: circolare (senza sostegno: Schopt, Hochenegg. Senza sostegno con addossamento delle superficie epiteliali rovesciate in fuori: Reyner e Pauleso. Con sostegno: Pawlick, Tauffer e Galletti);
termino-terminale: (a becco di flauto: Bovee);
termino-terminale: (a V.: Monari);
latero-laterale: (Monari).

Salvo il caso di perdite di sostanza dell'uretere, oltre i limiti sperimentalmente stabiliti dal Monari, o di impossibilità del suo scollamento per un certo tratto, l'anastomosi latero-laterale, per la generalizzazione della sua applicazione, ha al suo attivo: 1° Il minor pericolo della stenosi, come nell'invaginamento termino-terminale, e di inginocchiamento, come nell'invaginamento termino-laterale e col metodo termino-terminale a V. 2° La più facile attuabilità tecnica, in rapporto ai metodi di invaginamento, in cui spesso si deve ricorrere alla incisione longitudinale sul capo invaginante; la più larga superficie di contatto fra il rivestimento avventiziale dei condotti.

Ciò non ostante tale metodo è sempre di delicata applicazione, per la tendenza alla retrazione dei due capi che porta di conseguenza quasi la scomparsa del lume. Tale metodo non ha avuto applicazione nell'uomo.

Per queste ragioni ho ideato e sperimentato nel cane, un metodo che agevola molto, a mio modo di vedere, quello del Monari. L'apparecchio strumentale è costituito da: 1° Aghi cilindrici da tapezziere di vario calibro secondo il lume dell'uretere, la cui punta sia smussata ed arruotata. 2° Un bisturi del Graefe. 3° Una sottile forbice retta per uso istologico. 4° Due pinze a branche sottili ed appuntite alla estremità per uso istologico. 5° Aghi piccoli curvi cilindrici da intestino.

Come materiale di sutura del catgut N. OO od anche N. O, che nell'uomo deve rispondere bene.

Aperto l'addome con taglio laterale e rintracciato l'uretere, lo si isola dal connettivo che lo circonda per la estenzione di cm. 6 a 8, passata una legatura temporanea con grosso filo di catgut. attorno all'uretere nel punto più alto della parte isolata per impedire il deflusso dell'urina durante l'operazione, si attira l'uretere fra le labbra della ferita addominale e si passa una lunghetta di garza al di sotto dello stesso. L'uretere è quindi reciso nella parte isolata alla sua metà, si introducono nel lume del capo superiore e del capo inferiore per circa cm. 3 i due aghi da tapezziere, due lacci di seta fissano le estremità dei monconi uretrali agli aghi, passando anche un dei capi del filo dalla cruna, così i monconi non possono scivolare nè si possono spostare durante la sutura. Un'assistente prende per la cruna i due aghi, li avvicina mettendoli in contatto come due canne da fucile, avvicinando così i due monconi ureterali e li fissa in questa posizione afferrando gli aghi con la pinza di Pean (fig. 1). L'operatore con un coltellino del Graefe fà sulle pareti dell'uretere, a partire da mm. 5 dal laccio che li fissa agli aghi, una piccola incisione longitudinale, la quale è poi con una forbicina retta da istologia prolungata per mm. 15. Si vengono così ad avere nei due capi, due ferite da taglio longitudinali perfettamente uguali e simmetriche (fig. 2). Tanto nel fissare i due aghi, quanto nel fare le due incisioni longitudinali, è utile mantenersi dalla parte opposta alla linea di decorso della piccola arteria ureterale, per non essere molestati dalla lieve emorragia durante la sutura.

Ora con una sutura a sopragitto continua il cui primo punto è posto in corrspondenza degli angoli opposto alla superficie di recisione dei monconi (fig. 2) si uniscono tra di loro i margini interni delle due ferite ureterali ed in corrispondenza degli angoli opposti a quelli nei quali è stato passato il primo punto (fig. 3), si ripete il punto identico, indi estratto da uno dei monconi ureterali uno degli aghi retti si continua la sutura a sopragitto riunendo i margini esterni delle due incisioni longitudinali (fig. 4) fino a raggiungere il capo del filo di annodamento del primo punto, col quale si annoda.

Nel cane questi punti è un po' difficile che non attraversino colla mucosa tutto lo spessore dell'uretere, ma nell'uomo adulto, ove l'uretere è più grosso, sarà più facile risparmiare la mucosa.

Si deve avere l'accorgimento di attraversare con l'ago la parete ureterale comprendendo buona parte della muscolare ed entrare con l'ago lungo il bordo di recisione della mucosa. Completato il primo piano di sutura si estrae il secondo ago da tappezziere e si fa un secondo piano di sutura a punti staccati comprendendo il connettivo peri-ureterale.

I monconi ureterici sono poi chiusi alla loro estremità, sostituendo al filo che li fissava agli aghi, un sottile filo di catgut N. OO. i cui capi di questo filo, dopo fatto il doppio nodo, sono riportati verso la superficie di sezione del moncone ed annodati, mentre l'assistente con due sottili pinze tiene divaricati i due angoli opposti.

L'estremità del moncone viene ad assumere una forma bicorne e finalmente un'ultima legatura accolla e riunisce le due corna in prossimità del loro apice. La legatura temporanea, passata con grosso filo per impedire lo scolo dell'urina nell'uretere viene rimossa e lo stesso viene adagiato nella sua ordinaria posizione.

La sutura delle pareti ureterali è preferibile farla con sottili aghi cilindrici, alcune volte ho usato senza inconvenienti piccoli aghi lanceolati da oculistica per evitare il maltrattamento dei tessuti, per la resistenza del tessuto muscolare alla penetrazione ed estrazione dell'ago cilindrico.

In due esperienze, invece di disporre i monconi come nella fig. 1ª, li ho disposti in senso opposto, disposizione più razionale perchè evita un possibile stiramento ed accorciamento od inginocchiamento, ho avuto un insuccesso, forse fu un caso, mentre in nessuno degli altri esperimenti ho visto, confermati dall'esito, i pericoli logicamente temuti per l'addossamento dei due monconi a canna di fucile.

Una causa che potrebbe avere influito nel determinare l'insuccesso nella disposizione dei monconi in senso opposto potrebbe essere stata la difficoltà di mantenere in questo caso, costantemente fissi i monconi nel primo tempo della sutura, difficoltà che è completamente superata con l'altro metodo. Su otto esperienze, solo nelle ultime tre ho adoperato il secondo piano di sutura ed il metodo speciale di chiusura dei monconi, ed in tutte e tre le esperienze si ebbe risultato positivo. Nella prima serie di esperienze ho avuto tre insuccessi, in un caso l'animale era piccolo e nell'uretere non penetrava che un ago da donna. È morto in quattordicesima giornata; all'autopsia si constatò peritonite saccata con cavità contenente urina e comunicante con la sezione delle pareti addominali, moncone inferiore dell'uretere obliterato per deposito di sedimento urinario. La riunione dei due monconi ureterali era completa, salvo in corrispondenza dell'angolo superiore, per questo punto il liquido iniettato dalla parte superiore dell'uretere viene fuori e si versa nel sacco peritoneale. L'uretere al di sopra del punto di innesto e la pelvi sono dilatate; è evidente che la estrema sottigliezza del lume ureterale, unita al maltrattamento dell'atto operativo ed agli effetti della sutura, abbia fatto sì che il lume sia rimasto occluso dal primo sedimento orinario, venuto a depositarsi e che l'urina accumulata a monte, come lo prova la dilatazione ureterale e pelvica, per la pressione ha fatto cedere la sutura dell'angolo superiore dell'anastomosi.

Nel secondo degli insuccessi, l'animale anch'esso di piccola taglia, è morto in ottava giornata, presentando fistola urinosa della ferita operatoria, versamento urinoso sanguinolento attorno all'uretere anastomizzato, dilatazione della pelvi e del tratto superiore dell'uretere ed imperveità del sito anastomotico.

Nel terzo insuccesso, si trattava di cane di media grandezza, morto in sesta giornata per peritonite settica, causata da un difetto della asepsi; la linea di sutura perdeva alla prova dell'acqua. Si comprende come stando in un focolaio settico, la linea di sutura abbia dovuto fatalmente essere infettata. Del resto, anche volendo ammettere che in tutti i tre casi di insuccesso, lo scolo delle urine attraverso la sutura si sia stabilito sin dal primo momento, a questo inconveniente ha ovviato il secondo piano di sutura.

Negli altri 5 degli 8 esperimenti (1, 4, 6, 7 e 8) il successo è stato completo, nelle sezioni fatte dopo 84, 40, 50, 90, 79 giorni non si sono riscontrate nè alterazioni del rene, nè dilatazione della pelvi o del tratto ureterale a monte.

In corrispondenza dell'anastomosi esisteva costantemente un rigonfiamento diviso in due segmenti da due solchi, dati dallo addossamento dei due monconi laterali; alla prova dell'acqua sotto pressione le cicatrici hanno sempre resistito. Su otto esperienze si hanno avuti 5 insuccessi, anche considerando, come insuccesso del metodo, la mancata asepsi di un atto operativo; è degno di considerazione il fatto che in nessuno dei casi ho applicato un drenaggio lombare, col quale il Monari ha potuto ottenere la guarigione di qualche fistola urinosa stabilitasi in primo tempo.

Nelle esperienze 6, 7, 8, dove si è effettuato il secondo piano di sutura e la chiusura speciale dei monconi, il successo fu costante.

Questa maniera di ristabilire la continuità dell'uretere, oltre ad avere tutti i vantaggi, che rendono il processo Monari preferibile a tutti gli altri, quando non vi siano speciali contro-indicazioni, e che consistono:

1) nell'impedire lo scolo immediato delle urine col doppio piano di sutura;

2) nel mettere in contatto le pareti ureteriche fra loro, per lo strato di connettivo

lasso-periureterico, rendendo così più rapido il processo di cicatrizzazione, a differenza che col metodo dell'invaginamento;

3) nel fare un'ampia apertura di comunicazione in senso longitudinale evitando così il pericolo di una stenosi cicatriziale tardiva; ha il grande vantaggio suo proprio di rendere, con la introduzione di grossi aghi, l'anastomosi di facile esecuzione.

Con detta innovazione infatti si combattono le due difficoltà della operazione, cioè la retrazione dei monconi e la diminuzione del lume ureterale e si dà una guida sicura al bisturi per la incisione longitudinale, cioè sicura penetrazione nel lume ed impossibilità di ferire la parete opposta. Un altro vantaggio consiste nella sicura occlusione della superficie di sezione dei monconi col metodo della legatura speciale di essi. La sutura continua a sopragitto è poi indiscutibilmente superiore a quella a punti staccati adoperata dal Monari, difatti il Monod questa anastomosi latero-laterale la descrive a punti continui, perchè più facilmente si oppone allo stillicidio dell'urina e poi è più facile ad eseguirsi, in modo da riunire le labbra posteriori arrovesciando la faccia posteriore dei monconi in avanti per evitare la presenza dei nodi nel lume ureterale, assicurando la esatta adesione agli angoli che rappresentano il *locus minoris resistentiae*. Per questa ragione ho creduto di adottare il metodo dell'anastomosi latero-laterale a canna di fucile, come metodo costante nelle ulteriori esperienze, e data la occasione l'adotterò nell'uomo.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI ALESSANDRIA.
DISPENSARIO E SALA CELTICA
diretti dal dott. CORTONA.

Sul valore dei preparati bismutici nella terapia della sifilide nervosa (Ricerche sperimentali sul liquido cefalo-rachidiano)

per il dott. M. ARTOM, assistente.

Dal giorno in cui Sazerac e Levaditi comunicavano all'Accademia delle Scienze di Parigi i risultati ottenuti con sale di bismuto somministrato per via sottocutanea ed endovenosa in conigli sperimentalmente infettati con virus sifilitico, sino ad oggi si sono andati continuamente moltiplicando le osservazioni ed i lavori sulla cura della sifilide con i sali di bismuto, mentre parallelamente è proseguito il lavoro di indagine clinica, biologica e sierologica atto a determinare l'influenza e l'efficacia del medicamento sull'infezione luetica. Malgrado ciò non è possibile ancora oggi trarre un giudizio definitivo e positivo su tale argomento, tanto differenti sono i pareri e le conclusioni dei diversi esperimentatori ed autori e tanto breve è stato il periodo durante il quale sono stati fatti i tentativi e le esperienze. In prevalenza si è tentata la terapia delle forme di sifilide con lesioni cutanee apparenti, siano queste primarie, secondarie o terziarie, in quanto l'osservazione delle modificazioni cliniche prodotte in tali lesioni, del tempo impiegato dal rimedio per produrre la scomparsa dello spirochete in esse e la loro riparazione potevano dare facilmente un criterio per un giudizio di confronto tra l'azione del bismuto e quella degli altri preparati antisifilitici.

Per la sifilide nervosa, se si eccettuano i lavori di Marie e Fourcade che esperimentarono su venti individui affetti da lesioni varie, del Fournier e Guénot su una forma di meningite acuta d'origine luetica, un caso di paralisi progressiva riferito dal Define ed uno di tabe dal Monti, non ho trovato nella letteratura a mia disposizione alcuna relazione dettagliata sulla azione del bismuto nelle forme parasifilitiche, e per di più nei lavori surriferiti non ho trovato alcun accenno ad esami compiuti nel liquido cefalo-rachidiano.

Credo perciò opportuno riferire i cinque casi clinici seguenti nei quali ho avuto agio di seguire le eventuali modificazioni provocate dalla terapia bismutica nel liquido cefalo-rachideo. Ho anzi cercato di compiere in questo quante più reazioni mi fu possibile, convinto

che tali ricerche abbiano una grande importanza per la diagnosi di sifilide nervosa, in quanto da esse si possono trarre concetti diagnostici e prognostici impossibili a trarsi da un esame clinico esterno, e che dalla molteplicità delle reazioni soltanto si possa trarre un sicuro responso, poichè non sempre in malati di forme parasifilitiche una positività della Wassermann concorda con una iperalbuminosi, una iperleucocitosi, ed una iperglobulinosi del liquido cefalo-rachidiano, ma che per cause varie possa spesso mancare per la diagnosi la conferma del referto positivo di qualcuno di tali sintomi.

Nei casi che riferisco io ho seguito il metodo seguente:

Ho prima dell'inizio della cura praticata con diversi antigeni una Wassermann del siero sanguigno e del liquido cefalorachideo, con quest'ultimo poi ho compiuto i seguenti esami:

Dosaggio dell'albumina in tubo di Nissl.

Conteggio dei linfociti in cellula di Nageotte.

Reazione di Noguchi e Nonne (con soluzione di acido butirico).

Reazione di Pandy (con soluzione di fenolo).

Reazione di Lange (all'oro colloidale).

Reazione di Guillain e Lechelle (con benzoino colloidale).

Ho in seguito iniziata la cura con bismuto colloidale Zambelletti praticando due iniezioni settimanali da 5 cmc., vale a dire introducendo 0.05 gr. di bismuto settimanalmente. Tale cura venne protratta nei miei cinque malati per circa tre mesi, dopo di che ripetei nel sangue e nel liquido cefalo-rachideo tutti gli esami prima fatti, onde stabilire quali modificazioni fossero riscontrabili.

Per brevità tralascio ogni descrizione minuta dei metodi seguiti negli esami, essendo questi ormai resi noti da numerose pubblicazioni; tralascio pure, per le stesse ragioni, dettagliate notizie anamnestiche dei pazienti su cui esperimentai; mi limito ad una esposizione sommaria dei sintomi clinici più importanti e non riferisco quale azione la terapia abbia avuto sulla sintomatologia clinica soggettiva ed oggettiva, essendo il compito prefissomi quello di studiare unicamente le modificazioni prodotte nel liquido cefalo-rachideo.

CASI CLINICI.

CASO I. — M. C., d'anni 51, casalinga, sposata.

Lue contratta circa venti anni or sono e curata insufficentemente ed irregolarmente.

Da due anni sono comparsi fenomeni indubbi di *tabe dorsale* (dolori lancinanti agli arti inferiori, atassia locomotrice, segno di Argyll-Robertson, lieve Romberg, riflesso patellare debolissimo).

Wassermann del siero sanguigno: positiva (+ + +).

Wassermann del liquido cefalo-rachideo: positiva (+ + + +).

Linfociti 48 per mmc.

Albumina: 0.45 per mille.

Pandy: positiva.

Noguchi e Nonne: positiva (si ha precipitazione evidente dopo due minuti primi).

Reazione del benzoino colloidale: positiva (dopo dodici ore si ha precipitazione nei primi 7 tubi, liquido torbido e precipitazione nel tubo 8).

Reazione di Lange: positiva (precipitazione alle diluizioni 1:40-1:80).

Dopo la cura protratta nel modo descritto per tre mesi si hanno questi risultati:

Wassermann del siero sanguigno: positiva debole (+).

Wassermann del liquido cefalo-rachideo: positiva fortissima (+ + + +).

Linfociti: 25 per mmc.

Albumina: 0.42 per mille.

Pandy, Noguchi, Nonne, reazione del benzoino colloidale, reazione di Lange: immutate.

CASO II. — F. R., d'anni 33, macellaio, celibe.

Sifilide ignorata. L'ammalato avrebbe contratto ulcere da soldato, diagnosticate come veneree. Mai manifestazioni secondarie. Nessuna cura. Da circa sette mesi sarebbero iniziati fenomeni di *tabe dorsale* non grave (riflessi osteo-tendinei deboli, lievissima atassia, dolori radicolari).

Wassermann del siero sanguigno: positiva fortissima (+ + + +).

Wassermann del liquido cefalo-rachideo: positiva fortissima (+ + + +).

Linfociti: 18 per mmc.

Albumina: 0.35 per mille.

Pandy: positiva.

Noguchi e Nonne: positiva.

Reazione del benzoino colloidale: precipitazione nei primi 7 tubi.

La Lange è positiva alle diluizioni 1:40-1:80.

Dopo la cura bismutica protratta per tre mesi si hanno questi risultati:

Wassermann del siero sanguigno: positiva (+ +).

Wassermann del liquido cefalo-rachideo: positiva fortissima (+ + + +).

Linfociti: 5 per mmc.

Albumina: 0.30 per mille.

Pandy: positiva (si ha però formazione di una nubecola opalescente debolissima).

Noguchi e Nonne, Lange e reazione del benzoino colloidale: immutate.

CASO III. — F. L., d'anni 57, casalinga, sposata.

Sifilide antica, curata irregolarmente. Quattro aborti. Da parecchi anni soffre di *tabe dorsale* a quadro classico con Westphal, Argyll-Robertson, crisi gastriche, disturbi della minzione, dolori radicolari.

L'ammalata sta facendo da un anno cure neoarsenobenzoliche a piccole dosi con ottimi risultati.

Wasserm. del siero sanguigno: dubbia (±)

Wassermann del liquido cefalo-rachideo: positiva (+ +).
Linfociti: 40 per mmc.
Albumina: 0.5 per mille.
Pandy: positiva.
Noguchi e Nonne: positiva.
Reazione del benzoino colloidale: precipitazione nei primi 6 tubi e nei tubi 8 e 9).
Reazione di Lange: positiva alle diluizioni 1 : 40-1 : 80.
Dopo la cura si ha:
Wassermann del siero sanguigno: positiva debole (+).
Wassermann del liquido cefalo-rachidiano: positiva (+ +).
Albumina: 0.6 per mille.
Linfociti: 45 per mmc.
Pandy: positiva.
Noguchi e Nonne: positiva.
Lange: immutata.
Reazione del benzoino colloidale: già dopo tre ore precipitazione dei primi dieci tubi.

CASO IV. — V. T., d'anni 42, impiegato, celibe.
Non si possono avere notizie anamnestiche sicure.
Da qualche anno *paralisi progressiva*, con disartria, riflessi tendinei esagerati, alterazioni sensitive, accessi paralitici, idee di grandezza.
Wassermann del siero sanguigno: positiva (+ + +).
Wassermann del liquido cefalo-rachideo: positiva (+ + +).
Linfociti: 10 per mmc.
Albumina: 0.90 per mille.
Pandy: positiva.
Noguchi e Nonne: positiva.
Reazione del benzoino colloidale: precipitazione nei primi 12 tubi.
Reazione di Lange: precipitazione con la curva caratteristica da 1 : 10-1 : 640.
La cura non ha prodotto alcuna modificazione nelle varie reazioni.

CASO V. — F. R., d'anni 46, contadino, ammogliato.
Sifilide antica. Moglie con tre aborti e lesione aortica. Da qualche anno *tabo-paralisi* (disartria, riflessi tendinei diminuiti, atassia, rigidità pupillare alla luce, anisocoria, accessi di vertigine).
Wassermann del siero sanguigno: dubbia (±)
Wassermann del liquido cefalorachidiano: positiva forte (+ + +).
Linfociti: 18 per mmc.
Albumina: 0,7 per mille.
Pandy: fortemente positiva.
Noguchi e Nonne: positiva.
Reazione del benzoino colloidale: precipitazione nei primi 11 tubi.
Reazione di Lange: positiva (curva normale da 1:10 a 1:640).
Nessuna modificazione degna di nota prodotta dalla cura nelle varie reazioni se non una appena apprezzabile diminuzione dei linfociti.

***

Dai cinque casi clinici riferiti si possono trarre le seguenti conclusioni: la terapia bismutica in due casi di tabe recente (casi I e II) ha beneficamente agito sulla Wassermann del siero sanguigno e sul numero dei linfociti del liquido cefalo-rachideo, ma questa azione benefica, pur essendo apprezzabile, non è certamente intensa. Sulle reazioni a carico delle globuline (Pandy, Noguchi e Nonne) non ha avuto che effetti trascurabili, come pure non ha modificato in modo evidente le reazioni colloidali (reazione di Lange e del benzoino colloidale). Quasi trascurabili sono le modificazioni del contenuto dell'albumina. La Wassermann del liquor non è stata mai modificata.

In un caso di tabe antica (caso III) già trattata con cure neoarsenobenzoliche che avrebbero provocato un miglioramento clinico nel paziente, si è avuto dopo la cura bismutica un peggioramento in quanto ad una Wassermann dubbia nel sangue corrispose una Wassermann positiva debole e si notò una più spiccata iperalbuminosi ed iperlinfocitosi, ed una positività più intensa delle reazioni colloidali e di quelle a carico delle globuline. Infine in due casi di paralisi progressiva (casi IV e V) non si ebbe alcun benefico effetto dalla cura. Nei cinque pazienti non si notarono durante il periodo di cura inconvenienti degni di nota se si eccettua un leggiero orlo gengivale di colore bluastro comparso verso il termine della cura in un paziente il quale peraltro era in condizioni generali alquanto gravi. La presenza del bismuto nel liquor ricercata con il metodo del Ganassini fu riscontrata costantemente dopo 12 ore dalla iniezione.

Il numero dei malati esiguo, ed il breve periodo di cura non possono certo autorizzare a trarre dalle mie esperienze deduzioni ferme e precise; inoltre non è da trascurare il fatto che io, per avere dati costanti mi sono servito in tutti i casi di bismuto colloidale, generosamente messo a nostra disposizione dalla Ditta Zambelletti, e che quindi si può anche pensare che ad altri preparati possano corrispondere altri risultati.

Non credo che possa infirmare il reperto della diminuita linfocitosi l'affermazione di qualche autore che avrebbe trovato modificazioni del numero dei linfociti indipendentemente da ogni cura, poichè il reperto, se pure in misura diversa, è costante nei casi di tabe recente studiati.

Se però si confrontano i dati riferiti con quelli che numerosi autori affermano di aver

ottenuto con preparati arseno-benzolici introdotti sia per via endovenosa (Nicolas et Moutot, Sicard, Long, Milian, Knauer, Kolle, Hahn, Salomon, Nonne, Finger, Kyrle, ecc.) che per via endorachidea (Marinesco, Swit, ed Ellis, Paulian, Gennerich, ecc.) vien fatto di notare che l'azione degli arseno-benzoli appare assai più rapida ed intensa di quella che nei casi descritti appaia determinata dai composti bismutici, e vien fatto anche di constatare che mentre dagli autori viene in genere indicata come effetto costante delle cure arsenicali anche la modificazione delle reazioni colloidali e di quelle a carico dell'albumina e delle globuline, con il bismuto io ho visto in prevalenza diminuita la linfocitosi e per nulla o pochissimo modificate le altre reazioni.

Tale mio reperto è certamente in dipendenza della maggiore sensibilità e precocità della reazione linfocitaria.

I confronti della terapia bismutica con quella idrargirica, mi sono assai difficoltati dal fatto che non ho trovato indicazioni precise sull'azione del mercurio nelle reazioni del liquor; poichè anche i sostenitori delle cure mercuriali nelle sifilidi nervose (Babinski, Jouques, Ravaut, ecc.) traggono le ragioni di tale opinione dai risultati ottenuti con la terapia idrargirica sui sintomi clinici e non dai dati delle ricerche sierologiche.

Sto proseguendo, in collaborazione col dott. Sampò del R. Manicomio di Alessandria esperienze su un buon numero di malati ivi ospitalizzati circa l'azione del bismuto nelle forme di sifilide nervosa, seguendo lo stesso sistema di indagini sinora usato e da una casistica numerosa spero di poter trarre dati più probativi.

Dicembre 1922.

BIBLIOGRAFIA
SULLA TERAPIA BISMUTICA

SAZÉRAC e LEVADITI. *Traitement de la syphilis par le bismuth.* C. R. de l'Ac. des Sciences, n. 5, agosto 1921, pag. 338.

FOURNIER e GUÉNOT. *Traitement de la syphilis par les sels de bismuth.* Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syph., n. 9, 1921.

HUDELO, BORDET, BOULANGER, PILET. *Stomatite bismutique.* Opera citata, n. 1, 1922.

JEANSELME, CHEVALLIER, POMARET, BLAMOUTIER, JOANNON. *Sur l'emploi du tartro-bismuthate soluble dans le traitement de la syphilis.* Idem, pag. 13.

FOURNIER e GUÉNOT. C. R. de la Soc. de Biologie, 13-5-1922.

CARLE. *A propos des traitements par le sels de bismuth.* Bull. de la Soc. Franc. de Dermat. et Syphil., n. 3, 1922.

GRECO e MUSCHETTI. *El bismuto en el tratamento de la syfilis.* La Semaña Médica, 22 dicembre 1921.

CALCAGNO. *A proposito del tartrobismutato sodico potassico.* Opera citata, 5 e 9 gennaio 1922.

TRUFFI. *Il bismuto nella terapia della sifilide.* Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle, 1922, pag. 369.

DUCREY C. *Il bismuto nella terapia della sifilide.* Il Poliniclinico, 1922, n. 15.

PASINI. *I preparati di bismuto nella cura della sifilide.* Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle, 1922, pag. 814.

DE BELLA. Opera citata, pag. 826.

DEFINE. Opera citata, pag. 834.

RADAELI A. *Il valore del bismuto nella terapia della sifilide.* Opera citata, pag. 1043.

LEVADITI. *Le bismuth dans la syphilis.* La Presse médicale, 1922, n. 59.

H. DESELAERS. *Wismutinjektionen in der siphylistherapie dermatol.* Wochensch, 1922, n. 38.

FELKE. *Wismut bei syphilis.* Münch Medizin Wochensch., 1922, n. 39.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MELLINI DI CHIARI.

Angiectasie a corona toraco-basilari.

Dott. AUGUSTO PELLEGRINI,
chirurgo primario e docente.

Da circa un anno ho rivolta l'attenzione a certe venule dilatate, che non tanto infrequentemente si riscontrano alla base del torace. Per poterle rilevare anche in casi in cui sono poco rimarchevoli occorre esporre il paziente in buona luce naturale o artificiale (angioscopia) e ricercarle con attenzione; perchè possono sfuggire ad un'ispezione affrettata.

Talora si tratta solo di qualche ciuffo di venule sottili in prossimità dell'apofisi ensiforme o lateralmente alla base del torace da uno o da ambo i lati: tal'altra di arborizzazioni venose sottili, ma numerose e bene appariscenti anteriormente e lateralmente. Nei diversi soggetti possono essere più o meno evidenti e numerose, ma sono sempre regolarmente distribuite lungo gli ultimi spazi intercostali con decorso a zig-zag ed allo stesso livello (in corrispondenza delle inserzioni del diaframma), in modo da assumere un aspetto caratteristico a corona alla base del torace (fig. 1).

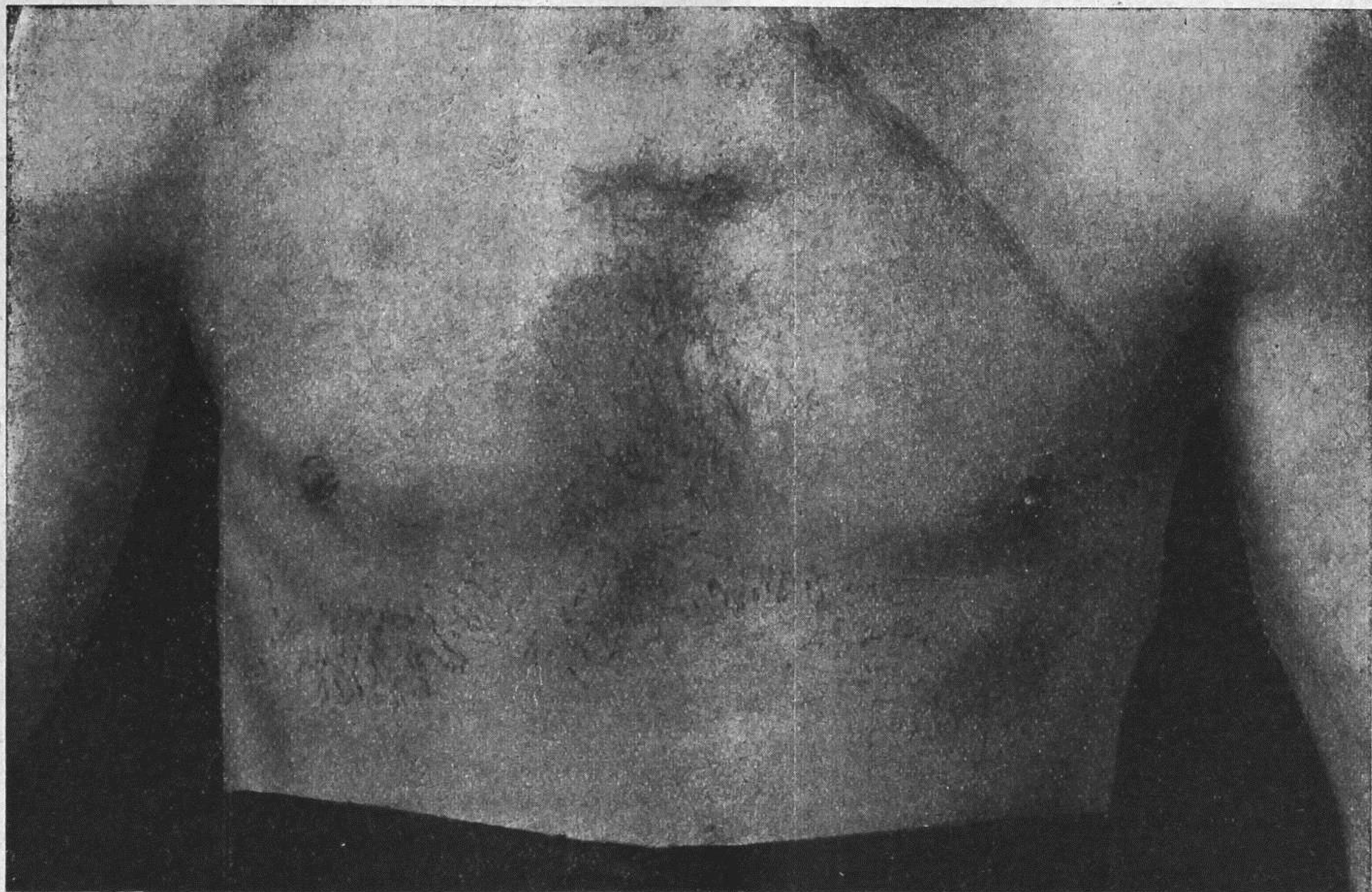
Secondo le mie osservazioni queste angiectasie sarebbero tutt'altro che rare: avendole riscontrate più o meno evidenti 20 volte sopra circa 200 soggetti, in cui furono ricercate. Furono sempre notate in adulti dai 25 ai 60 anni e con maggior frequenza in uomini sulla quarantina; quasi sempre in individui di sesso maschile, e spesso pletorici.

Nella maggioranza di casi si trattava di forti e antichi bevitori: talora coesisteva quella vascolarizzazione accentuata del naso caratteristica degli amici di Bacco.

Nei soggetti in cui poteva escludersi l'abuso di alcoolici, in un caso si trattava di enfisema, tubercolosi polmonare e enteroptosi, in un altro di vizio cardiaco cronico; in uno di splacnoptosi, in un caso di pancreatite cronica, ed in un caso di aderenze pleuro-diaframmatiche e pleuro-pericardiche conseguenti a ferita del torace.

La frequenza notevole con cui le angiectasie toraco-basilari furono riscontrate in chi abusò per molto tempo di alcoolici, può far loro attribuire un certo valore diagnostico nella cirrosi epatica: queste angiectasie sarebbero più precoci e più frequenti del classico *caput Medusae*. Ma per poterlo affermare attendo una più larga esperienza.

In atti operativi su individui con pannicolo adiposo molto abbondante riscontriamo non di rado dilatate le vene sottocutanee dell'addome, che non erano visibili: mentre le angiectasie toraco-basilari essendo superficiali sono apprezzabili: Questa può essere una ragione per cui talvolta all'ispezione si rilevano più precocemente e più frequentemente le angiectasie toraco-basilari, che non le vene del *caput Medusae*.



Fotografia di un caso di angiectasie toraco-basilari.

Le descritte angiectasie meritano perciò di essere accuratamente ricercate, e, quando sono presenti, ci indicano di indagare se il soggetto abusò di alcoolici, e di esaminare più attentamente le condizioni del cuore, del fegato e dei polmoni.

Soggetti che presentano tali varicosità tollerano meno bene la narcosi, e bisogna usare maggior prudenza negli interventi chirurgici: durante l'anestesia queste angiectasie si sono fatte più marcate e talora si sono rese evidenti in soggetti in cui erano sfuggite prima dell'operazione. Anche il decorso post-operatorio deve essere più attentamente sorvegliato, perchè si tratta di soggetti, che non di rado hanno l'apparenza robusta, pletorica, ma che tuttavia presentano minore resistenza.

Perciò, sebbene si tratti di un argomento di importanza prevalentemente medica, merita di essere richiamata anche l'attenzione dei chirurghi sulle angiectasie toraco-basilari, che possono avere un'importanza diagnostica e prognostica.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

Sulle ematurie.

(KIELLENTHNER. *Münch. Med Wochenschr.*, n. 31, 1922).

False ematurie vengono talvolta accusate dalle isteriche (emorragie uretrali provocate con istrumenti) o da individui che vengono tratti in inganno dal colorito carico dell'urina. Dopo l'ingestione di alcuni medicamenti (rabarbaro, senna) l'urina può assumere un colorito tale da costringere anche il medico a ricorrere al microscopio per poter escludere la ematuria; lo stesso vale naturalmente per i casi di emoglobinuria.

L'emorragia può colorire tutta l'orina (forte potere colorante del sangue che fa spesso erroneamente credere ai malati di aver urinato del sangue puro) o può tingerne le sole prime (ematuria iniziale) o le sole ultime porzioni (ematuria terminale). Queste caratteristiche si rilevano facendo urinare i malati in tre bicchieri, senza mai interrompere l'emissione dell'urina. L'ematuria iniziale si osserva in seguito a traumi, a cateterismi, a piccoli tumori mucosi della parte anteriore dell'uretra. La ematuria terminale si osserva nelle affezioni del collo vescicale (specialmente iperemia in seguito a cistite, prostatite, ascesso o tubercolosi della prostata) e talvolta nei calcoli vescicali e nei tumori della vescica. Molto più ardua è la diagnosi nei casi di ematuria in cui tutta l'urina è egualmente colorata di sangue. In 2/3 dei casi l'ematuria dipende da calcoli delle vie urinarie alte; l'emorragia in questi casi può essere minima, discreta, oppure intensa; essa scompare nel riposo e si accentua in seguito a fatiche. Se tali ematurie sono accompagnate da dolori profondi laceranti, irradiantisi verso la vescica e il testicolo la diagnosi di calcolo renale è sicura; così pure la diagnosi di calcolo vescicale se lo stimolo ad urinare è aumentato ed è avvertito un senso di bruciore 1/2 cm. dietro e sotto la punta del glande. Un reperto costante di eritrociti nel sedimento deve fare sospettare la tubercolosi; specialmente se l'urina contiene molti leucociti e se nei periodi non ematurici esiste piuria, il reperto del bacillo di Koch assicura la diagnosi. In tutti i casi di ematuria lieve si deve anzitutto escludere la nefrite emorragica (cilindri). Ematurie intense che si manifestano improvvisamente senza alcuna causa e non sono accompagnate da dolori, sono caratteristiche dei tumori della vescica, prostata, bacinetti o reni. Talvolta si manifestano dei dolori, essi però compaiono dopo cessata l'ematuria e vengono determinati da formazioni di coaguli che impediscono il deflusso dell'urina. Questi coaguli (sottili, lunghi, vermiformi) si trovano poi nell'urina e dimostrano l'origine renale dell'emorragia; quando essi mancano, è difficile la distinzione tra emorragia renale ed emorragia vescicale: l'esame rettale può rivelare in questi casi la presenza di un tumore della prostata; oppure si può palpare una tumefazione (tumore maligno) od un'anormale mobilità del rene (rene mobile torto sul peduncolo); se l'ematuria è insorta con brividi e con dolore unilaterale ed esiste leucocitosi è probabile un processo pielitico acuto; se l'ematuria si è manifestata in modo acuto ed è accompagnata da febbre elevata si può sospettare un'affezione batterica, embolica del rene.

Le ematurie neoplastiche possono durare da poche ore ad alcuni mesi; esse scompaiono improvvisamente come si sono manifestate, e talvolta non ricompaiono che dopo anni: in questi casi la giusta diagnosi della causa dell'ematuria può salvare la vita al malato, inducendo all'estirpazione di un tumore renale od alla distruzione (corrente ad alta frequenza) di un papilloma vescicale. Spesso l'ematuria neoplastica persiste fino a che il malato rimane a letto e scompare quando esso si alza e cammina (decongestione degli organi addominali e pelvici). Talvolta si trovano nell'urina dei pezzi di tessuto neoplastico.

In molti casi la diagnosi certa della causa di un'ematuria è possibile soltanto con l'ausilio dell'uretroscopia, della cistoscopia, del cateterismo ureterale e della radioscopia.

POLLITZER.

Sintomi e diagnosi della litiasi renale.

(ELIOT. *Gazette des Hôpitaux*, 1922, n. 41).

La litiasi renale, clinicamente, è un'affezione proteiforme. La formazione di concrezioni minerali nel rene può rimanere latente per tutta la vita del malato. Il rene, se non interviene un'infezione, può benissimo tollerare calcoli anche di dimensioni enormi. Vi sono anche delle forme di litiasi renale «fruste» nelle quali i sintomi sono talmente leggeri e così poco caratteristici, da non attirare l'attenzione del malato. I sintomi per i quali la litiasi renale può manifestarsi, e che non si trovano sempre completi, sono di due sorta: fenomeni dolorosi e fenomeni urinari.

Il dolore può manifestarsi nella regione lombare ammalata, con sensazioni dolorose pro-

vocate od aggravate dal movimento, calmate dal riposo. Le crisi sono talora capricciose per la loro comparsa, per il tempo della loro durata, per la loro ricomparsa. L'intensità è variabile, dalla semplice dolentia ai più atroci dolori laceranti. La patogenesi di questi dolori sembra essere la seguente: un calcolo, mobile nei bacinetti o nei calici, irrita, spostandosi, la parete più o meno infiammata, la quale reagisce manifestando le sue sofferenze con algie più o meno vive.

Talora si associano dolori comparenti senza motivo, e sui quali il riposo, anche assoluto e prolungato, non esercita alcuna felice influenza, dolori che, una volta installati, possono persistere un tempo più o meno lungo. La presenza di un enorme calcolo, solidamente chiuso nel calice o nei bacinetti può spiegare talora, con il proprio peso, l'esistenza di questi dolori spontanei, generalmente sordi; talora bisogna attribuirli ad una tensione passeggera del bacinetto per ostruzione dell'uretere da calcolo; talora sono le poussées di congestione nel corso delle nefriti «diatesiche» e la conseguente tensione intrarenale.

Vi sono quasi sempre dei dolori irradiati, verso l'uretere, la vescica, il retto, i testicoli, le grandi labbra; talora verso la coscia lungo il tragitto dello sciatico, raramente verso la spalla e verso l'epigastrio; spesso verso il rene opposto. Talora questi dolori irradiati possono manifestarsi in assenza di ogni dolore a carico del rene malato, o per lo meno manifestarsi in misura preponderante. I dolori vescicali, in uno con frequente minzione e disuria, si osservano nei calcoli della parte terminale dell'uretere.

Il dolore può infine presentarsi sotto la forma di crisi parossistiche, di coliche nefritiche.

Talora la colica è annunziata da dolori vaghi nella regione renale, o lungo il tragitto dei nervi addomino genitali, talora da piccola ematuria. Il più spesso scoppia improvvisamente dopo uno sforzo, una passeggiata, una cura diuretica, o senza alcuna causa; il dolore acquista in breve un'acuità grande con il massimo, talora, fra le coste e la cresta iliaca, sulla parete laterale del ventre, talora più indietro nella regione lombare. Seguendo il tragitto dell'uretere si irradia verso il cordone ed il testicolo che si ritrae verso l'anello inguinale per contrattura del cremastere, ovvero si irradia verso le grandi labbra. Talora segue il tragitto del crurale, del femoro cutaneo, dello sciatico. Sono concomitanti accidenti riflessi l'oliguria, la disuria. Le urine possono essere un poco sanguinolenti. Si possono osservare nausee, vomiti, meteorismo addominale con sintomi di ostruzione intestinale, accidenti cardiaci di asistolia. I fenomeni nervosi (convulsioni, delirio transitorio), si riscontrano specialmente nei predisposti. La temperatura resta ordinariamente normale, per lo meno nelle prime crisi. Più tardi se l'infezione viene a complicare la litiasi, ciascuna crisi di colica può accompagnarsi con violenta poussée febbrile. Dopo la crisi l'uretere resta per qualche giorno sensibile: il fatto si constata facilmente con la palpazione dei differenti punti ureterali (punto paraombelicale di Bazy, punto iliaco di Henle, punto inferiore accessibile dal retto o dalla vagina). La durata della colica nefritica va da due, tre ore fino a cinque sei ore. Di raro dura uno o due giorni o più. In tempo più o meno lungo possono succedersi più accessi. La fine brusca è la regola abituale, con urine chiare che possono presentare per qualche minzione un po' di sangue. L'espulsione del calcolo dopo la crisi è ben lungi dall'essere la regola.

Nella patogenesi della «colica nefritica» causa unica non è il solo traumatismo esercitato dalla migrazione della pietra sulle pareti ureterali nella discesa verso la vescica, ma la causa principale è la brusca messa in tensione delle pareti del bacinetto dall'urina che ha impedito il deflusso di questa per la ostruzione.

Fra le modificazioni delle urine nella litiasi renale, dobbiamo ricordare l'emissione di renella, e l'emissione di sangue, oltre all'ematuria verificantesi prima o dopo la colica.

L'ematuria detta microscopica, è un sintoma frequente di calcolosi renale: il più spesso avviene in occasione di movimenti. Sono ematurie totali, leggere e brevi o, eccezionalmente abbondanti e tenaci, ben visibili al malato, od ematurie microscopiche. Si possono aver anche ematurie spontanee, senza causa, riferibili a congestioni sopraggiungenti nel corso di una nefrite che esiste in ogni rene calcoloso (nefrite diatesica). La piuria esiste allorchè la litiasi si è infettata, con poliuria e pollachiuria, specie notturna. Nella pionefrosi si hanno alternaive di urine chiare e di urine purulenti.

Alla palpazione del rene in rari casi si sono potuti avvertire i crepiti del calcoli; più spesso il rene calcoloso si mostra dolente all'esplorazione diretta. Il dolore sembra risvegliarsi con la pressione nell'angolo costo lombare, sotto l'ultima costola, sul bordo esterno della massa sacro lombare, ovvero in avanti con pressione profonda sotto il bordo costale, a livello del bordo esterno del muscolo retto (bacinetto), ovvero con il ballottamento bimanuale.

All'esame ureterale potranno vedersi irregolarità del meato, la piuria, l'ematuria.

In caso di sospetta litiasi la radiografia è preziosa, con l'esame di tutto l'apparecchio urinario, fatto a digiuno, in decubito dorsale. Non tutti i calcoli sono svelabili ai raggi X. I calcoli ossalici sono i più visibili, poi vengono i fosfatici, e quelli composti di carbonati alcalini: quelli di urati sono meno appariscenti, quelli di acido urico puro sono invisibili. È utile anche la pielografia. Occorre ben distinguere le ombre date da concrezioni calcaree della tubercolosi renale, le ombre date da tumori renali, da reni policistici, da raccolte provocate da iniezioni nei muscoli lombari, dai prolungamenti delle ultime due cartilagini costali, da gangli calcifici, da concrezioni delle surrenali, da calcoli addominali biliari.

Fra le complicazioni asettiche della litiasi renale, ricorderemo oltre l'idronefrosi, l'anuria litiasica; fra le complicazioni settiche: la pielonefrite, la pielonefrosi, il flemmone perinefritico.

Nel differenziare i dolori da litiasi biliare, dobbiamo tener presenti: le semplici nevralgie lombo iliache parietali, le semplici lombaggini, il mal di Pott dorso lombare (rigidità del segmento lombare, dolore di questa alla pressione diretta o a distanza, esagerazione dei riflessi, radiografia), le nefriti e perinefriti croniche dolorose. La crisi dolorosa va differenziata dalla colica epatica (dolore in avanti, sotto le false coste, fuori del muscolo grande retto, irradiazioni differenti ascendenti, ittero), dall'appendicite (appendice a sede sottoepatica o retro cecale), dalla salpingite, dalle crisi nefralgiche della tabe, della malaria o dell'isteria.

In una colica occorre differenziare la causa: coagulo sanguigno in un'ematuria abbondante, grumo purulento in una pionefrosi tubercolare o non, frammento di tumore, cisti idatidea. Stabilita l'esistenza di una ematuria renale totale, occorre differenziarla dalle ematurie iniziali della tubercolosi renale, da quelle da tumori del rene, del bacinetto o degli ureteri, del rene policistico, dell'idronefrosi, delle nefriti ematuriche. MONT.

Sintomi di eccessivo lavoro del rene malato.

(F. HIRSCHFELD. *Deut. Med. Wochenschrift*, n. 42, 1922).

Nelle nefriti croniche è importantissimo poter dimostrare i primi indizii di disturbi nell'eliminazione dei principali componenti urinarii, onde evitare danni maggiori coll'istituire una dieta opportuna. A tale riguardo sono importanti alcuni sintomi di eccessivo lavoro con cui il rene malato reagisce alla somministrazione di varie sostanze.

A) Acqua. L'urina emessa 2-4 ore dopo l'ingestione a digiuno di 500 cmc. di tè leggero, ha un peso specifico più alto (1015-1018 dopo 2 ore; 1015-1016 dopo 4 ore in casi di irritazione renale (p. es. nell'angina) e nei casi di rene grinzo, che non in casi di rene sano (1008 dopo 2 ore; 1012 dopo 4 ore). Dodici giorni di dieta povera in proteidi e in sali in casi di rene grinzo fanno scomparire il detto fenomeno.

B) Cloruro di sodio. A rene sano, dopo somministrazione di 500 cmc. di acqua e di 5 gr. di sale, nelle 4 ore successive viene eliminata una quantità di acqua minore che non dopo somministrazione di 500 cmc. di acqua sola; nei nefritici si osserva il fenomeno inverso, inoltre in essi l'eliminazione del sale è maggiore che non nel sano. L'esercizio muscolare, che nel sano aumenta l'eliminazione di acqua e di cloruri, non ha questo effetto nel nefritico. Tutti questi sono sintomi di eccessivo lavoro, e scompaiono di solito dopo alcuni mesi di dieta razionale.

C) Azoto. Segno di eccessiva introduzione di sostanze azotate sono le forti oscillazioni nell'eliminazione dell'azoto (oscillazioni di 1-1½ grammo) mentre la dieta è invariata; il fenomeno scompare se si diminuisce l'introduzione di sostanze azotate.

Da un eccesso di alimenti azotati dipendono inoltre gli accessi di tachicardia, oppressione al petto e astenia, associati ad un aumento della quantità dell'urina.

POLLITZER.

Le prostate che scompaiono.

(D. BEYER. *Le Scalpel*, 16 settembre 1922).

Oltre le categorie ben conosciute di prostatici senza prostata e nei quali benchè minimo esiste sempre un adenoma, vi sono dei prostatici nei quali l'esplorazione digitale dal retto e l'esame a vescica aperta praticato subito dopo la cistotomia fa riconoscere un ingrossamento dell'organo, ingrossamento che con grande sorpresa di chi opera tali malati scompare dopo qualche tempo dal primo intervento. Si ha un bel cercare ed esplorare lungamente, ma con le manovre non si riesce ad asportare che brandelli di mucosa strappata. Fortunatamente tali malati, il cui aumento di volume della prostata regredisce, guariscono dopo il drenaggio a vescica aperta e dopo che la fistola soprapubica si è richiusa.

L'interpretazione di tali fenomeni non può essere che una sola: questi malati sono dei «congestizi» di cui la massa prerettale è dovuta all'ingorgo vascolare, ed è a questa categoria di infermi cui bisogna ascrivere quei casi nei quali si vede regredire e sparire la prostata ingrossata sotto l'influenza del cateterismo regolare o della sonda a permanenza: a questi bisogna aggiungere quelli che si giovarono della castrazione e della vasectomia. Questo prostatismo vascolare trova la sua spiegazione nell'ingorgo delle vene emorroidarie. Sui bordi postero-laterali della prostata esiste un'enorme massa vascolare venosa formata dalle anastomosi delle vene emorroidarie medie, la vescicale inferiore, la vescicale deferenziale e dalle vene emissarie della prostata. Tali vene affette da flebosclerosi favoriscono l'ingorgo che, causa dell'ingrossamento prostatico, provoca un aumento di volume rilevabile del retto. La replezione di questa vera spugna vascolare determina per influenza inibitrice o riflessa la ritenzione così come la si riscontra accidentalmente nel corso dell'evoluzione delle emorroidi: la ritenzione causa essa stessa di congestione crea il circolo vizioso: stasi venosa primitiva da flebloscleros, ritenzione riflessa, congestione. Il drenaggio mettendo fine alla ritenzione rompe il circolo vizioso.

Ci possiamo rivolgere un'altra domanda: Abbiamo noi i mezzi per riconoscere queste pseudo-ipertrofie puramente congestizie? La risposta sicura non ci può essere fornita che dal cisto-uretroscopio di Mac-Carthy il quale insieme con gli altri elementi forniti dall'esame obbiettivo ci presenterà completa la triade patognomonica: 1) Presenza di una tumefazione prerettale; 2) Scomparsa di questa tumefazione sotto l'influenza del drenaggio; 3) Assenza di qualsiasi deformazione cervicale constatata all'endoscopia.

L'importanza di una tale constatazione è chiara: nessuno tenterà invano l'estirpazione di adenomi inesistenti. E d'altra parte i tentativi inutili di exeresi, la breccia creata intorno al collo conducono, cicatrizzandosi, alla trombosi di numerosi vasi venosi. Questa retrazione cicatriziale impedisce anche il ritorno dell'ingorgo vascolare causa del male. Per questo si può preconizzare sistematicamente nelle osservazioni che rientrano in questo quadro, la discissione digitale retrocervicale poichè così non procedendo si potrebbe temere la recidiva o meglio il ripristinarsi dei sintomi non appena chiusa la ferita soprapubica.

E. MINGAZZINI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Gli albori del giornalismo medico italiano.

Con questo titolo il dott. Arturo Castiglioni ha pubblicato un interessante lavoro storico, che mette in luce la laboriosa origine della stampa medica scientifica ed il notevole contributo che vi hanno dato gli italiani.

È curioso il fatto che la creazione del primo giornale politico moderno si deve ad un medico, Teofrasto Renaudot. Questi il 30 maggio 1631, sotto gli auspici del Cardinale Richelieu, iniziava la pubblicazione della *Gazette*, che fu il primo giornale che ha analogia con gli attuali quotidiani politici.

Il primo giornale scientifico nel quale furono spesso pubblicati articoli di medicina fu il famoso *Journal des Sçavans* pubblicato per la prima volta nel 1655. Pochi mesi dopo seguì la pubblicazione della rassegna inglese, *Philosophical Transactions giving some account of the present undertakings, studies and labours in many considerable parts of the world*, nella quale pure cominciarono a pubblicarsi articoli di carattere medico. Questa rassegna pubblicò i lavori di Malpighi, Leenwenhock e di altri anatomici e microscopisti.

In Italia evidentemente per il medesimo motivo i lavori di medicina erano pubblicati in riviste scientifiche o letterarie. I medici italiani del seicento erano membri attivissimi di quelle accademie letterarie alle quali, per consenso di tutti gli storici, devono la loro origine i giornali letterarii. La parola *letterato* in quell'epoca aveva l'identico significato del *savant* francese, ed esso si attribuiva a tutti gli studiosi, medici compresi. I medici leggevano le loro comunicazioni nelle accademia letterarie, e gli organi di queste le pubblicavano.

In quasi tutti i numerosissimi giornali, che comparvero dalla fine del seicento fino alla rivoluzione francese in quasi tutte le grandi città della penisola, i collaboratori medici hanno una parte importante.

La medicina che si trova in quelle pagine, porta in sè i caratteri del tempo e dell'ambiente: le dissertazioni scritte quasi sempre in forma arcadica, le discussioni placide e cortesi, quando non degenerano in contese acri intorno ad un caso professionale, le recensioni dei libri fatte con un frasario ampolloso.

La storia delle origini del giornalismo letterario italiano, che si confonde con quello medico, indica come il più antico giornale *Il giornale dei letterati* fondato nel 1668 dall'aba-

te Nazari professore alla Sapienza di Roma. Di discipline mediche si occupò più ampiamente il *Giornale veneto dei letterati* fondato nel 1671 a Venezia dal dott. Moretti. Nel 1677 il dott. Cinelli Cavoli pubblicava a Firenze la *Biblioteca volante*, di cui fu collaboratore Ramazzini. Dal 1686 al 1690 si pubblicò a Parma il *Giornale dei letterati*, nel quale la medicina ebbe parte grandissima. La *Galleria di Minerva* sorta a Venezia nel 1696 ebbe fra i suoi collaboratori Malpighi. *Il Giornale dei letterati d'Italia*, fondato nel 1709 da Zeno, Mattei e Vallisnieri, pubblicò le opere di anatomia di Morgagni. Non meno importante fu la collaborazione dei medici data ad altri periodici, come *Raccolta di opuscoli scientifici e filologici* (1729), *Nuova raccolta* (1757), *Novelle letterarie* (1740), *Giornale dei giornali* (1761), *Minerva* (1762).

I giornali che trattarono esclusivamente la medicina comparvero verso la metà del settecento. Precedentemente si ebbe un tentativo del genere verso la metà del seicento. Infatti la bibliografia medica registra come il primo giornale di medicina il *Journal des nouvelles dècouvertes sur toutes les parties de la médecine* pubblicato nel 1679 da Nicolò di Blégny, un empirico, che aveva imparato la chirurgia da un suo fratello, bidello della scuola di chirurgia. Nel 1683 Jean Paul de la Roque cominciò la pubblicazione di un *Journal de médecine* che ebbe vita brevissima. Claude Brunet pubblicò dal 1695 al 1709 *Le progrès de la médecine.* Ma il giornalismo medico francese si affermò vittoriosamente solo verso la metà del settecento. Nel 1754 si iniziò la pubblicazione del *Journal de médecine, chirurgie*, etc., diretto da Bernard, Bertraud, Grasse ed altri, che ebbe vita fino al 1794 e fu ripreso poi nel 1801 da Corvisart, il medico di Napoleone.

Pochi anni prima (1751) si era cominciato a pubblicare per opera del farmacista Vogel un periodico tedesco la *Medizinische Bibliotek*, che portò una serie di contributi importantissimi.

Dei giornali di medicina inglesi il primo fu la *Medicina curiosa* che uscì dal giugno all'ottobre 1684.

Il primo periodico italiano di medicina fu il *Giornale di medicina* pubblicato dal dott. Orteschi a Venezia nel 1763 e che ebbe un'impostazione affatto identica alle riviste moderne.

Questo giornale ebbe gran successo tanto che pochi mesi dopo comparve a Parma la *Raccolta d'opuscoli medico-teorico-pratici ed anatomici tratti dai fogli d'Oltramonti e d'Italia* che era in gran parte una ristampa della rassegna veneziana.

A Parma si sarebbe pubblicato anche un *Foglio medico* che avrebbe avuto vita dalla fine del seicento al principio del settecento.

Dal 1783 al 1795 si pubblicò a Venezia il *Giornale per servire alla storia ragionata della medicina di questo secolo*, e quasi contemporaneamente si pubblicavano a Milano il *Nuovo giornale della più recente letteratura medico-chirurgica di Europa* e il *Giornale fisico-medico*, a Firenze la *Raccolta di opuscoli medico-pratici*, ed a Trieste il *Giornale medico e letterario di Trieste* fondato nel 1790 dal dott. Frizzi.

Al principio del secolo decimonono i giornali medici italiani cominciano ad assumere una maggiore importanza ed una più grande diffusione. In questo periodo occupa il primo posto il *Giornale della Società medico-chirurgica* di Parma che ebbe vita onorata e prospera dal 1806 al 1815. Esso conteneva memorie originali di alta importanza. Segue la *Letteratura medica* che conteneva riassunti di libri e comunicazioni per la maggior parte stranieri. Sono quindi degne di nota le *Effemeridi fisico-mediche* che si pubblicarono dal 1806 al 1807. Nel 1808 Flaiani comincia a pubblicare il *Giornale medico di Roma* che dura fino al 1813, mentre dal 1812 al 1817 Valeriano Brera pubblicava a Milano il *Giornale di medicina pratica.*

Durante il periodo delle cospirazioni e delle guerre che travagliano la penisola il giornalismo medico italiano si ridusse a poche pubblicazioni sporadiche di breve durata; ed appena nel 1838 col *Giornale di Scienze mediche* a Torino e con il *Giornale di Chirurgia* a Pavia si inizia una rifioritura nel giornalismo medico italiano, che col risorgimento politico comincia ad assumere un posto importantissimo nella letteratura periodica della seconda metà del secolo.

La nuova êra per il giornalismo medico italiano è segnata dall'opera meravigliosa di Agostino Bertani che dopo avere lanciato nel 1842 in Milano la *Gazzetta medica,* intendeva formare un giornale medico federativo nazionale suddiviso in tante redazioni quanti erano gli Stati della penisola.

Era il programma di un medico insigne e di un nobile patriota, che sia pure trasformato veniva attuato spontaneamente per effetto della raggiunta unità politica. La attuale magnifica fioritura di periodici medici, che si pubblicano in tutte le regioni italiche, dimostra quale e quanto cammino si sia fatto in breve tempo, e come il giornalismo medico italiano sappia assolvere il compito di tenere alto il prestigio della medicina italiana.

abbo.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

GERHARTZ. *Leitfaden der Röntgenologie*, pagine 290, 396 illustr. — Urban e Schwarzenberg, 1922. Berlino. M. 902.

Il titolo stesso del libro pubblicato per cura del Gerhartz di Bonn, *Norme di Radiologia*, indica lo scopo che l'A. si è prefisso: un libro di radiologia breve ma completo, utile non solo agli specialisti ma anche al medico pratico. L'A. pertanto ha invitato alla compilazione del libro i radiologi più noti e quasi tutti della Germania i cui nomi figurano a capo di ciascuno dei capitoli: Goetze: « Ricerche radiologiche sul torace osseo »; Gerahrtz: « Radiologia del cuore, del pericardio, della sezione superiore del mediastino - Radiologia dei polmoni e della pleura »; Chaoul: « Radiologia dell'esofago »; Goetze: « Radiologia dell'addome »; Forsell (di Stockolm): « Radiologia dello stomaco e dell'intestino »; Goetze: « Radiologia dei reni, vescica e ureteri »; Grashey e Wollenberg: « Radiologia degli organi di movimento »; Thost: « Radiologia della testa e del collo ». Il libro si chiude con un capitolo sulla Röntgenterapia di Seitz Wintz-Dreyfus. Più di una metà del libro (p. 139-263) è dedicato alle ossa e alle articolazioni e Grashey e Wollenberg ne hanno fatto una trattazione sistematica e completa e forse è una delle poche trattazioni che, sia pure succintamente, passano in rassegna (senza accenni alla tecnica) tutte le lesioni ossee dalle abnormità e varietà, alle alterazioni di crescenza dello scheletro, alle varie malattie delle ossa e delle articolazioni, ecc. Specialmente interessante è la parte ortopedica con lo studio radiologico delle varie deformità specialmente della colonna vertebrale, parte in genere trascurata anche in trattati voluminosi. Molti gli schemi e le radiografie.

Tutta la prima parte del libro è occupata dalla radiologia degli organi interni: succintamente Gerhartz fissa i dati più importanti di diagnosi nelle varie lesioni cardiache e i caratteri che fanno differenziare i più frequenti tipi di figura del cuore (cuore dei vecchi, cuore da stenosi aortica, cuore da insufficienza aortica, cuore da insufficienza e stenosi mitralica, pericardite come diagnosi differenziale, miocardite, ecc.). Succintamente pure tratta la diagnosi differenziale tra aneurismi e tumori del mediastino e fissa in poche pagine (una dozzina in tutto) i punti più salienti per la diagnosi radiologica delle malattie dei polmoni e della pleura aiutandosi con schemi radiografici.

Poche pagine pure Chaoul dedica all'esofago (diverticoli, cardiospasmo, stenosi, cancro, corpi estranei), mentre Goetze dedica un capitolo succoso e interessante alla radiologia dell'addome col pneumoperitoneo mostrando tutti i vantaggi che con tal metodo è possibile ottenere nelle malattie del fegato e della cistifellea e nelle malattie degli organi genitali femminili. Anche nelle malattie del rene è al pneumoperitoneo che Goetze dà il posto di onore.

Magistralmente trattato è da Forsell il capitolo sulle malattie dello stomaco e dell'intestino: è noto che al Forsell si devono gli studi più completi sulla struttura delle tuniche muscolari ed in base a tale struttura stessa è in parte la sua divisione dello stomaco radiologico in cardias, fornix, corpus, sinus, canalis egestorius: la terminologia gastrica in radiologia è oggi infatti assai diversa, e come del resto la bolla gassosa non corrisponde ad una determinata porzione dello stomaco, ma solo a una parte dell'interno, così il cosidetto antro dei radiologi non espone altro che la variazione di una parte del lume gastrico. Forsell brevemente, ma chiaramente, passa in rassegna le modificazioni funzionali gastriche, la peristalsi, il riempimento, le modificazioni delle forme dello stomaco in dipendenza del tono per trattare infine il capitolo delle modificazioni radiologiche dell'ulcera e del cancro.

Il libro può essere letto con piacere — data specialmente la sua forma piana — e può essere assai utile al medico pratico che cerca di conoscere i punti principali sui quali va fondata la diagnosi radiologica.

E. MILANI.

SOLOMON. *La Radiothérapie profonde*, pag. 149, 42 figure. Masson e C., 1923, 9 franchi netti.

Il volumetto di Solomon, radiologo dell'ospedale S. Antonio a Parigi, fa parte della collezione Medicina e Chirurgia pratica di Masson; esso pertanto è un libretto destinato al medico pratico il quale, attraverso le pagine di Solomon scritte in forma piana, può arrivare a conoscere chiaramente quali sono le basi della radioterapia (capitolo I: concetto di penetrazione dei raggi, diffusione, ecc.; capitolo II: tipi principali di apparecchi; capitolo III: misure dei raggi in radioterapia profonda). Questi tre primi capitoli che occupano i 2/3 del volume sono seguiti da un capitolo succinto sui risultati clinici della radioterapia profonda. Il volumetto di Solomon è raccomandabile a coloro che desiderano avere un concetto chiaro della radioterapia profonda e che senza essere specialisti vogliono orientarsi sui risultati che la radioterapia profonda può dare.

E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 16 marzo 1923.

Paralisi progressiva atipica e reperto spirochetico.

E. BRAVETTA e P. BATTISTESSA. — Un paralitico progressivo presentava tipici accessi Jacksoniani parzialmente coscienti, limitati alla metà sinistra del corpo e specialmente ai muscoli della faccia. La morte avvenne per un accesso apoplettiforme.

Diagnosticato un focolaio irritativo-distruttivo della zona rolandica destra, gli OO. supposero che tale focolaio potesse essere rappresentato da una poussée di spirochete, che si proposero di ricercare.

Alla sezione riscontrarono i fatti macro-microscopici caratteristici della paralisi progressiva, più spiccati nell'emisfero destro, ed all'esame batterioscopico (praticato coi metodi di Jahnel separatamente per le singole circonvoluzioni di destra e di sinistra), non videro spirochete nell'emisfero sinistro, ma ne trovarono numerosissime nel lobo frontale destro in forma disseminata, e nella zona rolandica dello stesso lato, dove i treponemi apparivano riuniti in piccoli numerosi recenti focolai sparsi irregolarmente nello strato delle grandi cellule piramidali.

Così il reperto microscopico confermò l'ipotesi clinica.

Grassi e lipoidi nel sistema nervoso centrale.

G. C. PERACCHIA. — L'O. dopo avere enunciato le molte ipotesi sorte sulla presenza di grasso nel cervello in condizioni normali, e del suo aumento per molti altri autori in condizioni patologiche, verrebbe portandosi al concetto (per aver trovato in sue ricerche svolte su cervelli di animali sani e patologici, come su esseri umani normali, e affetti da malattie acute febbrili, e da paralisi progressiva) che: i grassi trovantesi in minime traccie in animali ed uomini sani, si presentano aumentati nei conigli e cani sottoposti ad esperimenti deprimenti ed alteranti il sistema nervoso. Osservò pure nello stesso tempo che mentre in individui sani morti per vecchiaia si nota un aumento in rapporto agli individui morti in giovane età, non risulta però che in poca quantità paragonandolo al reperto in encefali di paralitici morti quasi tutti dai 35 ai 50 anni. Mostra così dei preparati in cui grasso e lipoidi sono in grandissima abbondanza sia nelle cellule nervose che nei vasi, notando che il massimo reperto esiste in vicinanza di focolai encefalo malacici ed in sezioni corrispondenti a focolai di spirochete molto numerose. Verrebbe quindi ammettendo (dato che il reperto trovasi nei punti cerebrali con maggior disgregazione del parenchima e degli elementi nervosi) l'ipotesi emessa da alcuni autori e principalmente dall'Alzheimer che cioè: il grasso in condizioni patologiche di mente sia prodotto da fatti regressivi e rigenerativi: che le spirochete anzi nei paralitici progressivi provocherebbero il disfacimento dei tessuti risultandone da questi sostanze formanti quelle forti imbibizioni di grasso.

L'influenza del sistema nervoso sui processi rigenerativi. (Con dimostrazione di preparati).

PIERO LUCATELLI. — Comunica una serie di esperimenti diretti a stabilire se il sistema nervoso, ed eventualmente quali parti di esso, eserciti una influenza sui processi rigenerativi. Le esperienze furono fatte sui tritoni.

In una prima serie di esperimenti fu operata l'amputazione della zampa posteriore dopo estirpazione del nervo sciatico corrispondente, mantenendo l'interruzione del nervo con tagli ripetuti periodicamente. Gli animali non presentarono traccie di rigenerazione, evidente invece negli animali di controllo a cui fu soltanto amputata la zampa.

In un altro gruppo di esperienze fu praticata l'estirpazione del midollo lombo-sacrale e impedita con vari mezzi la rigenerazione di questo. Si ottenne regolare rigenerazione con 5 dita delle zampe posteriori amputate.

Altre serie di animali furono operate di estirpazione dei gangli delle due radici principali del nervo sciatico. Queste serie rispettivamente dopo 5 e 7 mesi dall'operazione, non hanno presentato traccia di rigenerazione delle zampe posteriori amputate.

Altre serie di animali furono operate di estirpazione di uno solo dei gangli delle radici dello sciatico e di interruzione dei nervi del plesso. Mentre alcuni di essi non presentarono per parecchi mesi traccie di rigenerazione, in altri si ebbe rigenerazione della zampa più o meno tardiva e più o meno regolare.

Operazioni di amputazione delle code furono fatte in diverse serie di animali. In alcuni fu ostacolata la rigenerazione del midollo caudale, e la rigenerazione della coda mancò. Questa se invece perfettamente rigenerata negli animali di controllo, nei quali si è potuto dimostrare la rigenerazione del midollo e dei gangli intervertebrali dal midollo stesso.

Da queste ricerche risulta evidentemente che il sistema nervoso esercita un'influenza decisiva sul processo rigenerativo. Da esse risulta inoltre che mentre il midollo spinale e il simpatico non hanno alcuna influenza sui processi rigenerativi su tali processi esercitano una indubbia influenza i gangli spinali.

Sulla funzione fagocitaria delle cellule giganti di Bizzozero. (Con dimostrazione di preparati).

CAPELLI C. — L'O. di fronte alle recenti affermazioni di Pianese, Cesaris Demel, Firket, ecc., neganti il potere fagocitario delle cellule giganti di Bizzozero, ha ripreso gli studi in proposito, giungendo a concludere che alle cellule giganti si deve invece riconoscere una azione fagocitaria, che si esplica tanto verso leucociti mononucleari, che polinucleari: degli uni e degli altri si possono

seguire i vari stadi di alterazione e distruzione (protoplasma ridotto ad un alone chiaro o scomparso; nucleo contenuto in un vacuolo, picnotico e frammentato) mentre le cellule giganti si mostrano, nella massima parte dei casi, ben conservate e con nucleo integro.

Presenta vari preparati che comprovano chiaramente i fatti esposti.

Dott. F. RICCI.

Accademia delle scienze mediche e naturali di Ferrara.

Presidenza: R. TAMBRONI.

Seduta ordinaria del 25 novembre 1922.

A. M. LUZZATTO. — *Sulla semejotica della regione ascellare.*

EMANUELE CASATI. — *La reazione del benzoino colloidale nel liquido cefalo-rachidiano.*

EMANUELE CASATI. — *Un caso di ernia preperitoneale della linea alba sopraombelicale.*

L'O. fatta la storia di questa speciale forma di ernia stabilisce la assoluta rarità (forse caso unico) di sua ubicazione, quindi passa a narrare la storia del caso, da cui si rileva che la comparsa dell'ernia in un punto intermedio fra appendice xifoide ed ombellico, era stata preceduta da un forte trauma, caduta sull'orlo di un tino. Il sacco erniario uscendo da un occhiello della linea alba scorreva per 4 centimetri nel tessuto adiposo preperitoneale, era rivestito di uno strato di fibre muscolari che li facevano aderire alla faccia posteriore del retto di destra, di cui le fibre muscolari erano una emanazione.

Questo caso è una conferma quasi sperimentale della teoria delle ernie emessa dal prof. Eugenio Casati.

L'etero narcosi e l'acetone e l'acido diacetico nelle urine.

EMANUELE CASATI. — L'O. in 47 casi di eteronarcosi ha fatto fare la ricerca metodica di questi due composti. Li ha ugualmente ricercati in 5 casi di operati senza narcosi, o con anestesia locale. In questi ultimi nè l'acetone, nè l'acido acetico si è mai ottenuto nelle orine raccolte subito dopo l'operazione e nei giorni susseguenti. Invece nei casi di operazioni eseguite con eteronarcosi l'acido diacetico si è sempre avuto, mentre l'acetone è mancato 9 volte nelle orine emesse dopo l'atto operativo. Sia l'acetone che l'acido diacetico persistono nelle orine da uno fino a sei giorni e prima scompare sempre l'acetone, e da ultimo l'acido diacetico. Quanto più persistono i fatti generali dell'eteronarcosi, malessere, vomito, ecc., e tanto più a lungo persiste la presenza dell'uno e dell'altro elemento.

In due casi si è voluto, come è consigliato, praticare prima dell'operazione un'iniezione di morfina in camera isolata (per diminuire la quantità dell'anestetico) ed emettere una soluzione sterile di cloruro di calcio. Il risultato è stato completamente negativo in quanto che non si è veduto nessuna diminuzione nella quantità e nella persistenza dei suoi composti nell'orina così che non se ne è continuata la pratica.

Si è potuto constatare un rapporto quasi costante fra durata e gravità dell'atto operativo e quantità e persistenza nelle orine sia dell'acetone che dell'acido diacetico.

MARASSINI domanda se l'acetone e l'acido diacetico siano stati ricercati anche nel sangue e se volta per volta sia stata esaminata la reazione dell'orina in cui la indagine veniva eseguita. Al che avendo risposto negativamente i proff. Casati e Luzzatto, che ha preso pure la parola, l'O. fa rilevare come quelle ricerche fossero necessarie.

Azione dei raggi Ultra-Sonne.

EUGENIO CASATI. — I casi dall'O. curati con questo metodo non possono essere numerosi perchè appena da un mese l'ha iniziata.

Dall'O. è stato applicato in:

Annessiti più o meno voluminose anche gonococciche, casi 9;

Metriti croniche con metrorragie, caso 1;

Ipertrofie prostatiche con iscaria, casi 4;

Adeniti cervicali tubercolari voluminose, caso 1;

Gengivite e periostite abacillare, un caso.

Deve dire che fino ad ora ha ottenuto tutte le guarigioni. Le anessiti anche molto voluminose sono scomparse con 7 a 12 sedute.

Il caso di metrite cronica con solo 5 sedute ha presentato una notevole diminuzione del volume dell'utero e la mestruazione si è presentata indolore e normale per durata e quantità.

Nella ipertrofia prostatica 3 casi hanno dato 3 guarigioni con riduzione notevolissima del volume dell'organo e col ristabilirsi della minzione regolare. Le sedute sono state in un caso 9, in uno 14, in uno 16; in un quarto caso si era avuto un leggero miglioramento, ma alla quinta seduta ha sospeso la cura trattandosi di un vecchio di 84 anni a cui riusciva troppo disagevole spostarsi.

Nel caso di periostite alveolare con solo 3 sedute è scomparsa ogni manifestazione e i denti hanno acquistato completa stabilità negli alveoli.

Nel caso di adenite cervicale tubercolare, le sedute sono state 16, e tutte le ghiandole erano scomparse non residuandone che due le quali però erano già diminuenti di due terzi, ma cessò la cura perchè non poteva più trattenerlo a Ferrara. Non si potrebbero sperare risultati più incoraggianti.

Guarigione di un'ulcera perforante del piede che datava da quindici anni.

G. BOSCHI e PADOVANI E. — Gli OO. comunicano la guarigione, persistente ormai da parecchi mesi di un'ulcera perforante del piede da radicolite che datava da quindici anni. Le direttive di cura furono conforme ai principi tracciati da uno degli OO. sulla «Medicina Italiana», dell'ottobre 1921.

Dott. E. PADOVANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA DIGERENTE.

Sulla dispepsia nervosa.

Boas (*Deut. Med. Woch.*, 1922, p. 1405) descrive una triade sintomatica che si osserva principalmente nelle donne fra i 30 e i 50 anni.

Il primo sintoma è un senso di peso, riferito all'epigastrio o alla metà dell'esofago, indipendente in larga misura dai pasti, che la paziente avverte durante tutto il giorno, e scompare la notte.

Il secondo sintoma è il senso di bolo esofageo, simile all'isterico; però le pazienti non presentano stigmate isteriche.

Il terzo è la nausea, indipendente dalla qualità e quantità degli alimenti, e spesso anche dall'ora del giorno. Di solito scompare nel riposo orizzontale, e la notte.

Questi sintomi possono comparire isolati, o variamente aggrupparsi.

Se la sindrome si presenta in soggetti nevrastenici ne viene subito riconosciuta la natura; diversamente talora accade, se è associata a malattie organiche.

Non è raro lo scambio diagnostico con una gastroptosi o un'ulcera, e taluni pazienti si esauriscono con una dieta insufficiente, o vengono sottoposti ad interventi chirurgici inutili, mentre, conosciuta la natura del male, con opportuni consigli dietetici di solito presto rifioriscono. Doria.

Il trattamento dell'aerofagia.

Come è noto l'aerofagia si rivela con il timpanismo stomacale e le eruttazioni che si ripetono per crisi; ne seguono incidenti diversi che possono talora predominare e mentre la causa prima rimane sconosciuta; talvolta i creduti anginosi od asmatici non solo altro che aerofagi. La percussione dello stomaco, rivelando una sacca d'aria in alto, permette di riconoscere il male. In qualche caso poi la aerofagia accompagna altre malattie (cardiache, aortiche) e non si deve cadere nell'errore opposto di prendere per aerofagia delle affezioni organiche.

1) *Nei dispeptici* si daranno il bismuto (10 gr. di sottonitrato al mattino a digiuno) e la belladonna (un cg. di estratto prima dei pasti); si può anche dare il solfato d'atropina mg. due in 100 g. di acqua cloroformica; un cucchiaio prima dei pasti. Regime latto-vegetariano; poco pane e punta carne.

2) *Nei nervosi* si daranno i bromuri (bromuro di sodio g. 10 in 200 g. di sciroppo di scorze di arance amare); un pezzetto di legno fra i denti per un'ora, mattino e sera permette di ridurre le deglutizioni intempestive; è indicata anche l'idroterapia (doccie tiepide o fredde). Contro la distensione dello stomaco il malato in posizione supina si curverà ad arco in addietro, ripetendo il movimento diverse volte ed evacuando così i gas dello stomaco.

3) *Aerofagie associate.* — Quando vi siano dei dolori anginosi si procederà ad un esame accurato anamnestico (sifilide!) e locale. Analogamente in caso di distensione del ventricolo sinistro; i malati hanno il polso frequente, dell'aritmia extrasistolica, della dispnea notturna. Tutti questi disturbi possono provenire dallo stomaco, che va trattato per il primo; la medicazione cardiaca si farà in seguito se, dopo una quindicina di giorni, il miglioramento non è evidente. La radiografia può essere utile, ma talvolta induce in errori; p. e. un cuore grosso in un individuo anziano non indica che le crisi debbano attribuirsi ad esso, mentre anche senza essere grosso può invece essere la causa.

(*Journal des praticiens*, 10 febbr. 1923).

A. Z.

Errori comuni nel trattamento delle malattie del retto.

P. Lockhart-Mummery (*The Practitioner*, ott. 1922) osserva che la maggior parte degli errori deriva non già da ignoranza, ma da trascuratezza; così per esempio il medico esamina a malincuore questa parte con le dita, mentre invece con i ditali di gomma tale esame può venir fatto senza difficoltà. Talora il paziente viene trattato senz'altro come un emorroidario senza essere visitato e si scopre in seguito che invece ha un carcinoma. Un altro errore si commette per quanto riguarda le emorroidi esterne strozzate, quando si tenta di farle rientrare nello sfintere; meglio è in tal caso il mettere il paziente a letto e col dito fare rientrare le sole emorroidi interne, lasciando fuori le esterne ed applicando delle compresse con acqua del Goulard ed oppio; i sintomi dolorosi si calmano in breve, sarà però in seguito necessaria l'operazione.

La diagnosi di emorroidi interne con il solo esame digitale non è affatto sicura; è invece necessario di procedere all'esame con lo spe-

colo rettale che può essere introdotto senza difficoltà; così pure non si farà diagnosi di prolasso senza vedere la parte realmente prolassata. Per quanto riguarda le fistole, l'A. fa rilevare che la maggior parte di esse risulta da cure errate, cioè da ascessi in vicinanza dell'ano trattati con impiastri e fomenti invece di aprirli largamente e presto; molti disturbi provocano le fistole alla punta del coccige, che però vanno trattate diversamente da quelle comuni e completamente escise, trattandosi di vere inclusioni dermoidi.

Uno degli errori più comuni consiste nel misconoscere le neoformazioni maligne, che non hanno in sè nulla di caratteristico; spesso sono accompagnate da diarrea irregolare e soprattutto da frequente desiderio di evacuazione. Nessun significato ha la gonfiezza del retto e nemmeno la emissione di feci a nastro che indicano soltanto uno stringimento dell'orificio esterno, che se è prodotto da carcinoma è accompagnato da altri sintomi, mentre se lo stringimento è alla parte superiore le feci sono del tutto normali. Anche l'emaciazione non può essere un criterio, perchè è un sintoma tardivo.

Il dolore da ulcera rettale può diffondersi per i rami che partono dal plesso sacrale specialmente per il pudendo; così, spesso il dolore è riferito allo sciatico e molti casi di sciatica incurabile sono dovuti ad una piccola ulcera rettale; altre volte è invece un dolore all'anca, oppure alle regioni sacrale o lombare; talvolta si hanno invece sintomi genito-urinarii come, p. e., la ritenzione di urina dovuta ad emorroidi trombotiche esterne.

Viceversa altre malattie si manifestano con sintomi rettali; il dolore alla defecazione può aversi per malattia dell'anca, della prostata, del sistema nervoso centrale (carie della spina, lesioni vertebrali, ed anche in qualche caso l'atassia locomotrice e la sclerosi disseminata); talvolta all'esplorazione rettale un utero retroflesso od un collo uterino ingrossato sono stati presi per tumori maligni del retto; un caso curioso di errore viene riferito dall'A. di una donna di 30 anni in cui era stata fatta diagnosi di sarcoma rettale; all'esame si avvertiva nella sacca del Douglas, un tumore elastico, che comprendeva utero e retto; venne deciso il trattamento con il radio; alla laparotomia, fatta per introdurre i tubi di radio, si trovò invece una gravidanza ectopica con un coagulò sanguigno organizzato nel legamento largo di sinistra; la paziente guarì senza conseguenze.

A. Z.

MISCELLANEA.

I limiti della medicazione intravenosa.

C. Voegtlin (*Journ. A. M. A.*, 5 agosto 1922) ritiene che essa debba ridursi ai soli casi in cui è necessario agire rapidamente, oppure evitare il dolore e i fatti locali che si riprodurrebbero per le altre vie d'introduzione. Non bisogna esagerare i vantaggi di un rapido assorbimento, poichè, ad es., il salvarsan non agisce come tale, ma per un arsenossido che lentamente se ne libera, e della chinina iniettata nelle vene, il 90 % scompare dal sangue nel primo minuto. Reale vantaggio si avrebbe pei cardiocinetici, e per i sieri.

Tra le precauzioni, bisogna aver cura di evitare l'accumulo, e quindi, ad es., non fare iniezioni endovenose di chinino prima che si siano potute eliminare le dosi date per bocca; occorre evitare di introdurre nelle vene soluzioni ipotoniche, che alterano l'equilibrio dei tessuti e possono aumentare la tensione del liquor (iniezioni ipotoniche di NaCl). Le dosi che si possono propinare per le vene sono generalmente minori che per le altre vie.

Le iniezioni endovenose vanno praticate molto lentamente, ovvero molto diluite.

DORIA.

Le iniezioni endovenose di cloruro di calcio nelle emorragie viscerali.

P. Carnot e P. Blamoutier (*Paris Médical*, n. 48, 2 dicembre 1922) sostengono — riportando una casistica di 14 casi di varii malati (emottisi, ematemesi, metrorragie, ematurie, epistassi ribelli, emofilia) l'utilità, nelle diverse emorragie della terapia endovenosa con soluzioni di cloruro di calcio. Ricorsero dapprima a soluzioni ipertoniche al 50 % e al 25 % con iniezioni rispettivamente di 2 o 4 cmc. di liquido: in seguito invece, ed ebbero il vantaggio di evitare fenomeni caustici alle vene, dolori ed escare nel punto della iniezione, fecero uso di 20 cmc. di soluzione al 5 %. Vantano anche a questa diluizione successi terapeutici non inferiori a quelli ottenuti con soluzioni più concentrate e concludono affermando, che il cloruro di calcio, già noto da tempo come rimedio antiemorragico, è di azione più pronta ed efficace se viene somministrato per iniezioni endovenose: iniezioni che non richiedono difficile tecnica e che non procurano al paziente nessun grave disturbo.

LEGA.

La somministrazione dell'adrenalina.

Trias e Dorlencourt (rif. in *Journal des praticiens*, 10 febbraio 1923) danno alcune indicazioni sull'uso dell'adrenalina. La somministrazione

strazione di questo medicamento per via orale è pienamente giustificata poichè esso è assorbibile, come dimostra il fatto che l'ingestione di adrenalina è seguita da iperglicemia, proporzionale alla quantità ingerita. L'adrenalina si darà in soluzione concentrata, a digiuno ed in soluzione isotonica (liquido di Ringer o soluzione fisiologica) che più facilmente passa nell'intestino. Gli AA. consigliano dosi molto elevate, ritenendo che anche XX gocce sono insufficienti e consigliando di dare come dosi abituali LX-C gocce (*sic*). La somministrazione di adrenalina va sempre seguita da vicino dal medico, per evitare fenomeni spiacevoli; particolarmente la comparsa di pallore deve essere considerata come un segno di intolleranza, che farà sospendere il rimedio o diminuirne le dosi. Sconsigliabile è la via sottocutanea per la possibilità di escare talvolta assai estese a cui non si ovvia con una maggiore diluizione.

Dosi forti sono consigliate nei vomiti della gravidanza in cui darebbero buoni risultati.

Az.

Nell'eczema acuto dell'orecchio.

G. Laurens consiglia: 1) calmare il prurito e l'irritazione della cute con polveri antifermentescibili (polvere di talco g. 25; polv. di ossido di zinco g. 5) da applicare diverse volte al giorno con un bioccolo di cotone; 2) provocare la caduta delle croste, mediante una accurata pulizia fatta 2-3 volte al giorno con un bioccolo di cotone impregnato con la pomata seguente: ossido di zinco g. 2; vasellina pura g. 20. Ripetere fino a che le croste si distacchino e la regione appaia del tutto pulita; non applicare nessuna medicazione; 3) dopo la caduta delle croste, riprendere la polvere di cui sopra.

Nell'eczema acuto del condotto uditivo, liberare questo dalle croste e dal pus; fare una lavatura antisettica ed introdurre nel canale un piccolo tampone impregnato con la pomata all'ossido di zinco, da rinnovarsi ogni 24 ore.

A. Z.

SEMEIOTICA.

Un nuovo segno fisico dei versamenti pleurici.

J. Chalier (*La Presse méd.*, 1922, n. 67) ci indica un mezzo utile per riconoscere i versamenti pleurici scarsi.

Si tratta di un fenomeno essenzialmente tattile: con il polpastrello dell'indice, del medio, dell'anulare si compie una serie di colpettini sulla parete toracica, come se si suonasse su una tastiera, applicando le dita alternativamente e non simultaneamente. Questi colpi devono essere dati in modo tale da non far percepire il minimo rumore. Si dànno dall'alto in basso e dal basso in alto, rapidamente comparando le sensazioni ottenute in ciascun emitorace. Si percepisce così con il polpastrello una sensazione vibratoria leggera, quasi un piccolo fremito. A questa sensazione bisogna aggiungere come una lieve adesione del polpastrello alla parete che sembra più pastosa, meno elastica. Tali sensazioni, difficili a descrivere non si dimenticano più allorchè siano state avvertite una volta sola in un grande versamento. Generalmente con il processo palpatorio si riscontra un livello liquido un poco più elevato di quello indicato dall'ottusità: ciò è dovuto alla grande sensibilità del sitoma.

Il fenomeno descritto dall'A. non ha niente di comune con il fenomeno da lungo tempo studiato dalla scuola lionese sotto il nome di «flotto». Questo si ricerca con le due mani, l'inferiore facente corpo, senza appoggiarla, con la gabbia toracica, mentre la superiore pratica dall'alto in basso una lieve percussione, seguita dal ritiro immediato della mano, con le quattro ultime dita allungate, colpenti a piatto, in tutta la lunghezza della loro faccia palmare: a partire da un certo punto si produce il flotto percepito dall'altra mano. Il flotto indica nell'adulto un versamento molto abbondante. Mentre dunque il fenomeno del flotto necessita una percussione su una assai vasta superficie con tutta la mano o con tutta la faccia palmare delle dita, il segno dell'A. esige un lieve picchiettìo del polpastrello in una minima zona. In questo la manovra resta silenziosa; nel flotto la sensazione è quella di ondulazioni vibratorie; nel segno dello Chalier consiste in un leggero fremito, e specialmente in una specie di adesione relativa del dito alla parete. Il flotto indica versamenti abbondanti, il sintoma in questione si ritrova negli scarsi versamenti. Il valore di questo è sopratutto grande nelle pleuriti diaframmatiche, specialmente a livello del «bottone» di Guéneau de Mussy, non si accompagna alla minima modificazione di sonorità o a diminuzione marcata del murmure.

MONT.

IGIENE.

La pulizia dei bicchieri e delle stoviglie nei publici esercizi.

Se in alcuni alberghi, trattorie e caffè la pulizia dei bicchieri, delle posate e delle stoviglie è fatta con cura, bisogna riconoscere che in molti pubblici esercizi essa lascia invece molto a desiderare; specialmente in pic-

coli caffè, ed in località dove l'acqua scarseggia; non è raro vedere che i bicchieri vengono tutti risciacquati alla meglio in un unico recipiente ed eventualmente asciugati con un cencio di dubbia pulizia. Ora il pericolo di trasmissione di malattie infettive per mezzo di bicchieri non bene lavati è tutt'altro che trascurabile, particolarmente per ciò che riguarda la sifilide, la tubercolosi, la difterite, la febbre tifoide. La semplice aspersione con acqua fredda o peggio la strofinatura con le mani poco pulite, tendono ad aumentare anzichè a diminuire le cause di infezione.

Studi recenti (1) hanno dimostrato che la lavatura con acqua calda e sapone seguita da una buona risciacquatura in acqua calda sono sufficienti per ridurre a minime proporzioni i batteri con cui erano stati inquinati artificialmente i bicchieri; in generale con soluzioni di sapone adatte, il numero dei batteri viene ridotto al 35 % ed anche fino all'1 %, quando la temperatura dell'acqua è di 36°; con l'acqua a 50°, si raggiunge quasi la sterilità, lasciando i bicchieri per 3 minuti nella soluzione di sapone. La sterilità è pure raggiunta con l'uso di una soluzione fredda di cloruro di calce, che disinfetta l'oggetto quasi istantaneamente. Altri studiosi che si sono occupati dell'argomento (2), propongono invece di usare una soluzione piuttosto concentrata di acido cloridrico in cui i microrganismi verrebbero rapidamente uccisi, e di procedere poi ad una risciacquatura in acqua fredda, in modo da allontanare ogni traccia di acido. L'uso di tale metodo però esige che l'operatore porti dei guanti di gomma per salvaguardare le mani dall'azione dell'acido stesso.

Più pratico sembra quindi il primo sistema, che può riassumersi come segue:

1) lavatura in soluzione di sapone a circa 50° (può servire a tale scopo una polvere di sapone del commercio, purchè sia bene solubile);

2) risciacquatura con acqua corrente calda;

3) asciugatura perfetta con uno strofinaccio pulito.

Nei casi in cui non si possa avere a disposizione l'acqua calda, si potrà fare uso di una soluzione di cloruro di calce, risciacquando poi convenientemente ed asciugando accuratamente.

fil.

(1) A. I. VAN SAUN, A. W. BANCROFT, J. J. W. O' GORMAN. *Amer. Journ. of public health*, agosto 1922.

(2) E. BRIAU. *Société de médecine publique* (Paris).

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulle recidive della malaria. — Al dott. P. T., Acireale:

Ogni buon trattato sulla malaria (citiamo l'Ascoli, il Marchiafava e Bignami, il Celli, il Laveran, ecc.), contiene note sintetiche sulla patogenesi delle recidive. Tale argomento è largamente svolto in una relazione pubblicata nel «Policlinico», Sezione medica, del 1920: *Esame delle più importanti acquisizioni fatte nel campo della Malaria, ecc.*

T. P.

Malaria (trattato e tavole). — Al dott. MM., abb. 3927.

Il trattato del prof. Ascoli non è stato ristampato. Buone figure troverà nel recente volume del Basile: *Diagnostica delle Malattie parassitarie* (editore Pozzi).

T. P.

Sul digiuno alla Guelpa. — All'abb. 8742:

Per i particolari che ella richiede credo sia necessario rivolgersi all'A. a Parigi.

P.

Al dott. Melletti, Cingoli:

A complemento della risposta data nel fascicolo 12 su questo argomento, possiamo indicare una monografia pubblicata dal prof. P. Gilberti nel «Policlinico», Sez. Chir., 1920, fasc. 6, p. 180.

D.

VARIA

Sulla determinazione della parentela con l'esame del sangue.

Le precipitine sono specifiche, ma non pare giovino ad ulteriori distinzioni entro i limiti della specie.

Dopo la scoperta dei gruppi sanguigni Ottemberg credette poter stabilire che se un fanciullo appartiene al gruppo sanguigno di uno dei presunti genitori può esser legittimo, se appartiene invece ad un gruppo differente, almeno uno dei genitori è diverso.

Egli aveva esaminate 603 persone di 139 famiglie diverse. Ma Buchanan, sulla scorta di osservazioni personali, oppone che la sicurezza non si può avere, neanche risalendo alla terza generazione. Pertanto non abbiamo alcun mezzo per determinare la paternità mediante l'esame del sangue.

(*Journ. A. M. A.*, 7 ottobre 1922).

DORIA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Il nuovo regolamento per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree.

Crediamo utile pubblicare integralmente il regolamento approvato con decreto 25 marzo 1923, trattandosi di norme che hanno speciale importanza ed effetti in gran parte innovatori.

OBBLIGO DELLA DENUNZIA.

Art. 1. — Le malattie alle quali si applicano le disposizioni che seguono sono: *a*) la blenorragia; *b*) l'ulcera semplice contagiosa; *c*) l'infezione sifilitica; considerate nel periodo di loro contagiosità.

Fermo restando l'obbligo delle denunzie portato dall'art. 4 del regolamento legislativo 4 agosto 1918, n. 1395, ed oltre alle denunzie rese obbligatorie dall'art. 15 del presente regolamento, è fatto obbligo per i medici, agli effetti dell'art. 123 del Testo Unico delle leggi sanitarie approvato con R. D. 1° agosto 1907, n. 636, *della denuncia di qualunque caso di sifilide, con manifestazioni contagiose, riscontrate nelle scuole, negli istituti di educazione e di cura, negli opifici industriali e, in genere, in tutte le collettività, sia civili, sia militari.*

PROFILASSI DELLE MALATTIE VENEREE.

Art. 2. — Alla pubblica profilassi delle malattie di cui all'articolo precedente si provvede: *a*) con l'assistenza medico-chirurgica gratuita per i poveri e con la distribuzione gratuita dei medicinali ai poveri, nei termini previsti dagli articoli 24 e 36 del Testo Unico sopracitato; *b*) con la istituzione di appositi dispensari nelle località dove ne sia riconosciuto il bisogno; *c*) con la cura gratuita delle persone affette da manifestazioni contagiose in atto delle malattie di cui all'articolo precedente, nelle apposite sale, nelle cliniche e negli ospedali comuni.

Art. 3. — L'Amministrazione ed i medici di quegli ospedali che per Statuto, non permettono l'ammissione di infermi con le malattie di cui all'art. 1°, se hanno l'obbligo delle consultazioni agli esterni, non possono da esse escludere gli infermi di quelle malattie.

Art. 4. — Per tutti i Comuni capoluoghi di Provincia e per quelli aventi popolazione superiore ai 30,000 abitanti *è obbligatoria la istituzione di appositi dispensari* per la profilassi e per la cura gratuita della sifilide e delle malattie veneree, *diretti da persone competenti nella specialità.*

Il numero dei dispensari, in ciascun Comune, è determinato per convenzione tra il Comune ed il Ministero dell'Interno, o, in mancanza, di ufficio, per delega del Ministero, per decreto del Prefetto, sentito il medico provinciale, tenuto conto delle condizioni locali che possono favorire la diffusione delle malattie accennate.

Il Ministero dell'Interno contribuisce alla spesa occorrente per ciascun dispensario con un concorso annuo continuativo da prelevarsi sull'apposito fondo stanziato nel bilancio del Ministero stesso, concorso che non può superare la metà della spesa.

La misura del concorso e le modalità del funzionamento dei dispensari sono stabilite per convenzione fra il Comune ed il Ministero dell'Interno. In caso di dissenso circa il concorso esso viene determinato di ufficio per decreto del Ministro dell'Interno.

I dispensari debbono essere preferibilmente costituiti come sezioni speciali di poliambulanze o di altri istituti sanitari.

Ove le condizioni locali lo consentano, possono due o più Comuni riunirsi in consorzio per l'esercizio di un unico dispensario.

Art. 5. — Anche i Comuni aventi popolazione inferiore ai 30,000 abitanti, ove istituiscono dispensari per la cura gratuita della sifilide e delle malattie veneree, possono aspirare al concorso governativo nella spesa al termine dell'articolo precedente. La misura del concorso viene stabilita con speciali accordi fra il Ministero dell'Interno ed il Comune.

Nei detti Comuni, però, la istituzione dei dispensari è resa obbligatoria quando, per speciali circostanze locali, o per notevole diffusione delle malattie suddette ne sia ravvisata la necessità.

La dichiarazione dell'obbligo è fatta per delega del Ministro dell'Interno con decreto del Prefetto, sentito il medico provinciale. La misura del concorso governativo in tale caso viene stabilita, occorrendo, nei modi e con le forme di cui all'articolo precedente.

Art. 6. — Oltre ai dispensari di cui ai precedenti articoli, nelle città dove esistono Cliniche dermosifilopatiche universitarie può essere affidato a tali istituti, sia dai Comuni, sia dal Ministero dell'Interno direttamente l'esercizio di dispensari col corrispettivo di un concorso annuo da determinarsi con apposita convenzione.

Possono pure essere istituiti dal Ministero dell'Interno dispensari diretti da sanitari competenti nella specialità, nei principali porti, per la cura gratuita della sifilide e delle malattie veneree, della gente di mare e dei lavoratori dei porti stessi.

Il Prefetto può ordinare la istituzione di consimili dispensari negli stabilimenti industriali che impiegano, come media annuale, più di duemila operai, ovvero nelle località ove esistono diversi stabilimenti che in complesso impiegano, pure come media annuale, più di duemila operai; e temporaneamente anche in minor numero, dove, per la frequenza di casi di sifilide e di malattie veneree, se ne riconosca la necessità.

Le spese per questi dispensari sono sostenute dai proprietari degli stabilimenti.

Le disposizioni dei due precedenti capoversi non si applicano ai Comuni nei quali esistono dispensari pubblici per la profilassi e la cura delle malattie di cui all'art. 1°.

Art. 7. — Qualsiasi reclamo avverso i provvedimenti del Prefetto di cui agli articoli 4, 5 e 6 non ha effetto sospensivo.

LA NOMINA DEI MEDICI DEI DISPENSARI.

Art. 8. — I medici dei dispensari comunali per le malattie di cui all'art. 1° sono nominati in seguito a concorso, per esame e per titoli, in conformità delle norme da stabilirsi per decreto del Ministro dell'Interno.

I capitolati di servizio, da deliberarsi dal Consiglio Comunale o dall'Assemblea consorziale, devono contenere: *a*) l'enunciazione degli obblighi dei medici; *b*) le disposizioni inerenti allo speciale servizio cui sono addetti; *c*) lo stipendio loro assegnato; *d*) le modalità di nomina, particolarmente per la durata, esclusi, in ogni caso, du-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

rata maggiore di cinque anni ed ogni diritto a stabilità.

È consentita la conferma per successivi periodi non superiori ciascuno al quinquennio, secondo le norme da stabilirsi, pur esse, per decreto del Ministro dell'Interno.

Tra gli obblighi dei medici dei dispensari, deve essere nei capitolati esplicitamente enunciato l'obbligo di prestare gratuitamente le loro cure a tutti gli infermi che si presentano al dispensario affetti da sifilide o da malattie veneree o da dermatosi parassitarie diffusibili; nonchè l'obbligo di fare attiva opera affinchè i dispensari costituiscano veri e propri centri di propaganda per la profilassi e l'igiene sessuale.

Assistenza ospedaliera.

Art. 9. — Le persone affette da manifestazioni contagiose in atto delle malattie di cui all'art. 1°, devono essere accolte e curate gratuitamente, nelle apposite sale o cliniche, o, in mancanza di esse, negli ospedali comuni.

Gli istituti ospedalieri non possono sottrarsi all'obbligo di ricoverare e curare questi infermi anche quando non abbiano sezioni o reparti speciali, tranne che si tratti di istituti fondati al solo fine di curare altre determinate malattie.

La cura gratuita ospedaliera, di regola, è riservata alle donne nelle quali la infezione sifilitica o venerea costituisca la forma morbosa predominante. Agli uomini è riservata preferibilmente la cura ambulatoria e solo eccezionalmente quella ospedaliera. Le spese di spedalità, limitatamente al periodo di cui la malattia è contagiosa in atto, sono sostenute dallo Stato e gravano sul bilancio del Ministero dell'Interno, eccetto che: *a*) trattisi di istituti ospedalieri che abbiano l'obbligo, a norma dei rispettivi statuti, di erogare tutte o parte delle loro rendite per la cura gratuita di determinate categorie di persone, senza esclusione degli infermi delle malattie indicate nell'art. 1°; *b*) trattisi di istituti ospedalieri aventi tra i loro fini la cura di queste malattie; nei quali casi si osservano, per la competenza delle spese, le norme speciali dei rispettivi statuti e regolamenti.

Art. 10. — Per la istituzione delle sale di cui all'articolo precedente, verranno stipulate, tra il Ministero dell'Interno e gli enti interessati, apposite convenzioni circa i requisiti delle sale stesse; le modalità per il loro funzionamento, le condizioni di ammissione alla cura e la retta di spedalità.

Questa non potrà superare la media fra la retta di medicina e quella di chirurgia.

Dove esiste Clinica dermosifilopatica universitaria si dovrà, in quanto è possibile, assicurare nelle convenzioni la direzione delle sale per la sifilide e le malattie veneree al Direttore della Clinica.

La Direzione delle sale potrà essere affidata al Direttore del locale dispensario per la sifilide e le malattie veneree quando l'ospedale non possa provvedervi con altro medico specializzato.

Negli altri casi i Direttori delle sale devono nominarsi in seguito a concorso per esame e titoli, in conformità delle norme da stabilirsi per decreto del Ministro dell'Interno.

Dei certificati e dei locali di meretricio.

Art. 11. — I medici condotti e gli altri esercenti abilitati a rilasciare certificati di spedalità non possono rifiutarsi di rilasciarli, ed il Sindaco di vidimarli, gratuitamente, ai poveri che siano affetti da sifilide o da malattie veneree.

Art. 12. — Le ordinanze di apertura dei locali di meretricio non possono essere emesse dall'Autorità di Pubblica Sicurezza se non in seguito a parere favorevole, nei riguardi igienici, del medico provinciale. Il parere conforme del Medico provinciale sarà pure necessario quando si tratti di ordinare la chiusura di un locale di meretricio per i motivi di cui ai numeri 1 e 3 dell'art. 25 del Regolamento sul meretricio, approvato con Decreto Ministeriale 27 ottobre 1891, n. 605.

Medici visitatori.

Art. 13. — La vigilanza sanitaria nei riguardi delle malattie di cui all'art. 1° per le donne che esercitano il meretricio, viene eseguita da medici visitatori appositamente nominati.

Le spese per tale vigilanza, come pure le spese per le misure profilattiche e di cura che saranno prescritte per i locali di meretricio, sono sostenute dai padroni di casa e dai tenutari dei locali stessi e prelevate da un fondo da questi costituito, secondo le modalità da stabilirsi dal Ministero dell'Interno.

In caso di inadempimento il locale sarà chiuso con decreto del Prefetto.

Art. 14. — La nomina dei medici visitatori è fatta con decreto del Prefetto, su parere conforme espresso per iscritto dal Medico provinciale, con la assistenza dell'Ispettore dermosifilografo di cui al successivo art. 22, in base ad esame od ai titoli presentati, dai quali risulti che gli aspiranti posseggono sufficiente abilità e pratica professionale nella diagnosi della sifilide e delle malattie veneree.

Potranno ottenere tale nomina anche i medici addetti ai dispensari; la nomina è valida per un biennio e può essere rinnovata.

In caso di negligenza o colpa nell'esercizio della vigilanza loro affidata, i medici visitatori saranno dal Prefetto sospesi o revocati dall'Ufficio, previa contestazione degli addebiti .

Art. 15. — I medici visitatori hanno l'obbligo di denunziare immediatamente all'autorità sanitaria le donne riscontrate affette da malattie, di cui all'art. 1°, con manifestazioni contagiose, nei locali di meretricio ed in genere tra le meretrici soggette alla loro vigilanza.

Devono parimenti denunziare quelle che riscontrino affette da tubercolosi, tigna, scabbia, pediculosi, tracoma o da altra malattia a carattere diffusivo.

I medici visitatori devono altresì indicare, sui moduli che saranno stabiliti dal Ministro dell'Interno, e che dovranno conservarsi presso il locale di meretricio, il risultato di ogni visita.

Hanno infine l'obbligo di vigilare che i locali siano mantenuti in condizioni di igiene e di pulizia soddisfacenti, di assicurarsi che siano forniti i mezzi per eseguire le misure di profilassi individuali prescritte e di vietare l'ammissione nei locali stessi delle donne che non siano state vaccinate da tre anni.

La contravvenzione a tali obblighi è punita con la sospensione e la revoca dall'ufficio, da pronunciarsi dal Prefetto, a norma dell'articolo precedente, e, nei casi più gravi, potrà a carico del Sanitario contravventore essere applicata la sospensione dal libero esercizio professionale per la durata da uno a sei mesi, da determinarsi dal Ministro dell'Interno.

Art. 16. — Nessuna retribuzione o compenso di qualunque genere può essere offerto o corrisposto, dai tenutari dei locali di meretricio, ai medici visitatori e da questi accettato per nessun titolo.

La contravvenzione a questa disposizione è punita, per i tenutari dei locali, coll'ammenda fino a lire 50 e colla eventuale chiusura del locale da ordinarsi dal Prefetto; per i medici visitatori con la sospensione o la revoca dall'ufficio da parte del Prefetto stesso, salvo per gli uni e per gli altri le maggiori pene stabilite dal Codice penale.

Art. 17. — Nessuna coazione può essere usata verso le donne che esercitano il meretricio a fine di sottoporle a visita medica. Le donne però che vi si rifiutano, se accolte o dimoranti in locali di meretricio, saranno ritenute infette.

Art. 18. — Le donne dimoranti od accolte in locali di meretricio, le quali siano dai medici visitatori riconosciute affette da manifestazioni contagiose di alcune delle malattie indicate all'articolo 1, e le donne presunte tali a termini del precedente articolo, devono essere immediatamente allontanate dal locale di meretricio e munite di un foglio di spedalità per il ricovero in una delle sale di cui all'art. 10, o in un reparto ospedaliero, secondo i casi. Esse possono anche, con consenso dell'autorità sanitaria, provvedere direttamente alla propria cura, purchè questa non sia prestata nelle case di meretricio.

Non possono però riprendere l'esercizio del meretricio od essere riammesse nei locali di meretricio se non dopo che ne sia constatata con dichiarazione scritta, da parte dei medici visitatori o dei medici dei dispensari, la scomparsa di ogni manifestazione contagiosa.

NORME SPECIALI PER I LOCALI DI MERETRICIO.

Art. 19. — Chiunque dispone di un locale dichiarato di meretricio non può ammettervi nessuna donna se prima non sia stata visitata da uno dei medici visitatori e riconosciuta esente da manifestazioni contagiose delle malattie indicate nell'articolo 1°.

Non può del pari permettere che, nei locali di meretricio, si sottraggano donne alla vigilanza sanitaria e alle visite, o vi rimangano donne riconosciute o presunte affette dalle manifestazioni contagiose suaccennate, o siano nuovamente accolte nel locale donne, allontanate per causa di malattia, senza attestazione medica di completa guarigione delle manifestazioni contagiose ai sensi dell'art. 18.

Le contravvenzioni a quanto è disposto nel presente articolo sono punite, oltrechè con la chiusura del locale a mente dell'art. 18 del vigente regolamento sul meretricio, con le pene comminate dall'art. 20 in relazione con l'art. 19 del regolamento stesso.

LA TESSERA SANITARIA.

Art. 20. — Le donne che esercitano il meretricio fuori dei locali autorizzati, qualora volontariamente si sottopongano a visite mediche periodiche da parte dei medici visitatori o dei medici addetti ai dispensari per la sifilide e le malattie veneree, vengono munite di apposita tessera sanitaria, sulla quale è segnato volta per volta se siano riconosciute sane, e che viene ritirata in caso contrario, mentre si provvede alla loro cura a termini dell'articolo precedente.

La restituzione della tessera è subordinata alle condizioni prescritte dall'art. 18, ultimo comma, per la riammissione delle donne già riconosciute o presunte infette nei locali di meretricio.

Le donne in possesso della tessera, qualora siano dichiarate in contravvenzione all'art. 2 del regolamento 27 ottobre 1891, n. 605 sul meretricio, non saranno trattenute per la loro identificazione.

L'art. 21 estende il trattamento dell'art. 18 alle donne, non munite di tessera, che esercitano in locali i cui tenutari siano dichiarati in contravvenzione; l'art. 22 riguarda la diffida di non esercitare... che dal medico visitatore deve esser fatta alla donna infetta.

VIGILANZA SANITARIA.

Art. 23. — La vigilanza sanitaria sul meretricio spetta essenzialmente all'Autorità Sanitaria provinciale, che la esercita allo scopo di assicurare la osservanza delle disposizioni di cui agli articoli precedenti.

L'Autorità sanitaria provinciale ha la facoltà di procedere in qualunque momento, o direttamente o per mezzo di medici ispettori dermosifilografi alla sua dipendenza, all'accertamento dello stato sanitario delle donne che esercitano il meretricio e delle condizioni igieniche dei locali.

I medici ispettori sono scelti fra coloro che posseggono i requisiti che, in corrispondenza della particolare importanza della funzione, saranno stabiliti dal Ministero dell'Interno.

Le modalità di retribuzione per le prestazioni professionali che saranno così chiamati a dare dovranno essere determinate con accordi contrattuali da approvarsi dal Ministero, escluso, a tutti gli effetti, ogni rapporto di impiego a qualsiasi titolo.

Essi esercitano le loro funzioni di vigilanza sul servizio di profilassi e di cura della sifilide e delle malattie veneree nel territorio di una o più provincie.

Art. 24. — I dispensari e le sale per la cura della sifilide e delle malattie veneree sono poste sotto la vigilanza del Ministero dell'Interno che la esercita direttamente per mezzo delle Autorità sanitarie provinciali.

Nel regolamento generale sanitario saranno comprese le norme di massima per assicurare il regolare funzionamento di questi Istituti.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE.

Art. 25. — I medici degli attuali dispensari, che furono già nominati in seguito a regolare concorso, sono dispensati dal concorso di cui all'art. 8, primo comma, ferme restando le disposizioni dei rispettivi capitolati.

Anche ai medici nominati senza concorso, ma da non meno di cinque anni alla data del presente decreto, che abbiano prestato nel dispensario opera ininterrotta o se ne siano assentati esclusivamente per servizio militare di guerra, può estendersi tale dispensa, in base ad un giudizio di idoneità secondo le norme da stabilirsi per decreto del Ministro dell'Interno.

Art. 26. — I dirigenti attuali delle sale per la sifilide e le malattie veneree sono dispensati dal concorso di cui all'art. 10, ultimo alinea.

All'atto della rinnovazione delle convenzioni vigenti, potranno essere confermati, in base ad esame dei titoli che ne attestino la speciale competenza nella conoscenza della sifilide e delle malattie veneree, secondo le norme da stabilirsi pur esse con decreto del Ministro dell'Interno.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta contro gli "Stupefacenti".

Nel fascicolo 9 della Sezione pratica sono state riassunte le principali disposizioni del progetto di legge approvato dalle due Camere legislative, per la repressione del commercio abusivo degli stupefacenti. Nel corso della discussione parlamentare furono fatte dall'onorevole Cazzamalli, l'unico medico alienista che prese la parola fra i tanti giuristi che si occuparono dell'argomento, delle notevoli osservazioni, ch'è bene mettere in giusto rilievo.

L'oratore, dopo aver esposto con rigida precisione scientifica gli enormi danni che le intossicazioni esogene (da alcool, da cocaina, da morfina, ecc.) apportano all'individuo e alla razza, ha analizzato le cause del dilagare della tossicomania cocainica, alla quale vanno soggetti non solamente gli individui con tare neuro-psichiche ereditarie o personali, i quali sono attratti fatalmente da tutti i tossici in genere, ma anche individui costituzionalmente sani, che cercano l'ebrezza cocainica suggestionati dal vano miraggio di tracannare colma la coppa del piacere. Tracciato un quadro fosco, ma reale, delle conseguenze prodotte dall'espandersi di questa epidemia di cocainismo, ch'è dilagata anche nei piccoli centri, l'oratore ha esaminato le principali disposizioni del progetto di legge sostenendo l'inasprimento della penalità, proposto dalla Commissione, a proposito degli spacciatori e dei farmacisti profittatori (art. 1 e 3), la chiusura definitiva dei locali di avvelenamento (art. 8) e la sospensione definitiva dall'esercizio professionale dei farmacisti recidivi.

Ma il punto principalissimo, e su questo ho voluto richiamare l'attenzione del discorso di Cazzamalli, concerne la disamina degli articoli 10 ed 11 del progetto di legge, che comminano una multa ed in caso di recidiva una multa inasprita, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici e la detenzione da uno a tre mesi ai tossicomani, che abbiano partecipato a convegni per abbandonarsi all'uso degli stupefacenti. L'oratore fà notare come la maggior parte dei cocainomani sono degli psicopatici e critica vivamente la legge che non contempla la cura degli intossicati e non li considera nella loro figura di malati. Piuttosto che inviarli al carcere è necessario inviarli in appositi ospedali, dove trovino la massima cura, dove vengano disintossicati e dove, dopo la disintossicazione, siano rieducati moralmente. L'oratore ricorda di aver proposto altra volta, parlando dell'assistenza psichiatrica per gli alcoolisti, la creazione di speciali luoghi di cura e ritorna ad insistere sulla sua proposta: in questi ricoveri si potrebbe provvedere a rieducare tutti i tossicomani, sopprimendo così veramente i centri di infezione, poichè «curare e guarire l'intossicato, significa sopprimere il propagandista pernicioso».

Le critiche dell'on. Cazzamalli sono profondamente giuste e ci si augura che nella compilazione del regolamento si cerchi di modificare lo spirito degli articoli 10 e 11 del progetto, che non solo offende i dettami della scienza medica, ma anche quelli della moderna scuola giuridica.

Noi sappiamo che le leggi restrittive non guariscono un solo tossicomane. Ne abbiamo avuto un lucido esempio in Francia, dove, dopo la legge del 12 giugno 1916, anche più severa della nostra, lo sviluppo del cocainismo non à subito diminuzioni (Cortois Suffit et R. Giraux).

Ci associamo quindi alle idee esposte dall'on. Cazzamalli, affinchè la legge venga successivamente rielaborata e si affronti con una più vasta concezione la lotta contro tutte le tossicomanie, colpendo sì, con giusta severità, gli avvelenatori, ma intraprendendo anche e sopratutto l'educazione igienico-profilattica delle nuove generazioni e creando appositi luoghi di cura ove sia possibile disintossicare e rieducare i tossicomani. Dott. PISANI.

Cronaca del movimento professionale.

Assicurazione obbligatoria malattie.

L'Assemblea dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Trapani, considerato che nella Classe Sanitaria persiste un'agitazione tendente ad indurre il Governo a promulgare una legge sulle assicurazioni obbligatorie per le malattie; ritenuto che l'argomento è stato lungamente discusso e che ai voti favorevoli se ne sono — specie negli ultimi tempi — contrapposti degli altri, non meno importanti per i Colleghi, che li hanno adottati e per il numero degli aderenti, con cui si è voluto dimostrare che, allo stato attuale, la legge avrebbe una ispirazione demagogica, che di essa non si sente un vero e proprio bisogno, che sarebbe lesiva agli interessi della classe medica in genere, e che, in contrasto colle attuali tendenze di semplificazione dei servizii, creerebbe un mastodontico congegno burocratico, *delibera*: confermare i precedenti deliberati di opposizione a qualsiasi progetto di legge di assicurazione obbligatoria per le malattie.

Sindacato Medico Fascista di Roma

Il Direttorio del Sindacato Medico Fascista ha preso in esame i memoriali presentati dalle varie categorie dei medici ospedalieri circa una riforma del servizio sanitario degli ospedali ed ha discusso il memoriale elaborato dalla Commissione del Sindacato.

Il Consiglio, ritenuto che si debba conservare a quella ospedaliera il carattere di carriera di studio e di perfezionamento, ha proposto di renderla più agile ed accessibile nei suoi vari gradi al maggior numero possibile di medici.

Ha poi proposto di dare la maggiore pubblicità ai vari concorsi, per modo da assicurare a tutti i valorosi colleghi che debbono cimentarsi in prove aspre e difficili le più grandi garanzie di equità e giustizia.

Dovendo il Sindacato provvedersi di un gagliardetto per il 21 aprile, il Consiglio ha deciso per non aggravare troppo il bilancio del Sindacato di assumersi la metà della spesa.

Ha finalmente approvato la costituzione delle varie sezioni del Sindacato nel Lazio, ed ha deliberato che i fiduciari delle sezioni possano partecipare alle sedute ed ai lavori del Consiglio Direttivo per potere più efficacemente tutelare gli interessi dei colleghi che ad esse sezioni fanno capo.

Per le onoranze a Guido Baccelli.

Sottoscrizione promossa del «Comitato Nazionale per le onoranze a Guido Baccelli» per l'edizione delle opere e l'erezione di un monumento.

(Continuazione; vedi fasc. 13).

Raccolte dal Maggiore Medico dott. P. Rinaldi:

Cap. Medico Sabatini Arturo . L. 25—
Magg. Medico Romano Nicola . » 25—
Cap. Medico Dattilo Giuseppe . » 25—
T. Col. Medico Ciauri Rosolino . » 10—
T. Col. Medico Martoglio Ferdin. » 25—
Cap. Medico Pasquali Vincenzo. » 25—
Magg. Medico Graziola Gerardo. » 25—
Cap. Med. Moauro Aurelio . » 10—
Cap. Med. Della Seta Eschilo . » 25—
S. T. Med. Cannizzo Sebastiano » 25—
Magg. Med. Ippoliti Arnaldo . » 25—
Cap. Med. Indri Pietro . » 25—
Cap. Med. Apolloni Giovanni . » 25—
Cap. Med. Pilella Alessandro . » 25—
S. T. Medico Sollini Amerigo . » 25—
Prof. Simonetta Luigi . . » 50—
T. Col. Medico Columba Cesare. » 25—
Magg. Med. Pellegrini Oreste . » 25—
Magg. Med. Caldarola Francesco » 15—
T. Col. Med. Volpe Mazzini . » 25—
Cap. Med. Mestica Francesco . » 25—
Magg. Med. Golauti Carlo . » 25—
Gen. Med. Santucci Stefano . » 25—
Magg. Med. Fiumefreddo Vincen. » 25—
Cap. Med. Gonzales Alfredo . » 15—
Magg. Med. Candidori Enrico . » 25—
Magg. Med. Cambise Ettore . » 25—
S. T. Med. Valentini Vincenzo . » 25—
Magg. Med. Cogliati Giuseppe . L. 15—
Ten. Med. Magrone Amedeo . » 15—
Cap. Med. Biscossi Ottorino . » 25—
Cap. Med. Sterbini Enrico . » 25—
Cap. Med. Alpestri Alberto . . » 15—
Cap. Med. Pazzaglia Domenico . » 15—
Cap. Med. Marinucci Mario . . » 15—
Cap. Med. Lo Presti Antonio . » 15—
Magg. Medico Rinaldi Pietro . . » 25—

(Continua).

Le opere di Guido Baccelli saranno stampate in esemplari numerati e messe in vendita dal Comitato a prezzo di costo. Coloro che si prenotano per l'acquisto delle opere e che sottoscrivono almeno L. 25, avranno i volumi delle opere con il 15 % di ribasso.

Le sottoscrizioni si ricevono presso il Comitato (via S. Pantaleo, 66, p. 1º, Roma (19)). Possono essere dirette anche alla nostra Amministrazione, che avrà cura d'inoltrarle al Comitato.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ATELETA (*Aquila*). — Scad. 5 mag. L. 6000 e 4 sessenni. Ab. 3055; pov. 300.

BONDENO (*Ferrara*). — Due cond.; a tutto 30 aprile. L. 7500 oltre L. 1500 indenn. trasp.; 5 quadrienni decimo; L. 150 ogni 100 pov. in più di 1000; 2 c.-v. Serv. entro 15 g.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Scad. 30 apr. L. 7500 e 3 quinq. decimo, L. 2500 cavallo (obblig.), L. 300 uff. san., doppio c.-v. e c.-foraggio, alloggio a miti condiz.

CAPO DI PONTE (*Brescia*). — Scad. 30 apr. L. 7000 oltre L. 1500 cond. disagiata, mezzo trasp., doppio c.-v. fino a tutto il 1923.

CASALETTO CEREDANO (*Cremona*). — Scad. 30 apr. L. 6500 residenziali; addizionale per 1000 poveri L. 2000; L. 2 ogni pov. in più; mezzo trasp. L. 1500 senza obbligo di cavallo; per uff. san. L. 300; due c.-v. Ab. 1428 di cui 1000 circa poveri.

CASTEL D'AZZANO (*Verona*). — Scad. 30 apr. Lire 7000, 1 c.-v., L. 300 uff. san., alloggio grat., L. 1000 bicicl.

CORI (*Roma*). — A tutto 30 apr. due condotte; L. 7000 fino a 2000 pov., addizion. L. 1.50, doppio caro-viv.

GALEATA (*Firenze*). — Due cond.; a tutto 25 apr.; L. 7000, due c.-v., 8 trienni vent., L. 4000 cav.; L. 500 all'uff. san.; assic. Serv. entro 15 g.

GENAZZANO (*Roma*). — 2ª cond. residenziale; scadenza sessanta giorni dal 1º marzo; età limite 45. L. 7000 oltre le indennità c.-v. Chiedere annunzio.

GROTTAMMARE (*Ascoli Piceno*). — A tutto 30 apr.; due cond.; età lim. 40; L. 5500 resid., L. 1000 fino a 1000 pov., L. 4500 *à forfait* per i non facoltosi; quando sarà attuata la cond. residenz. addizion. L. 2.50 sopra 1000 pov.; 5 quadr. decimo su lire 6500; doppio c.-v. Mezzi trasp. a spese del Comune. Sono ammessi coloro che hanno preso parte al precedente concorso senza che rinnovino la domanda nè i documenti.

LUGO (*Ravenna*). — *Ospedale Umberto I.* — Assistente. Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

MILANO. *O. P. Poliambulanza delle Specialità Medico-Chirurgiche* (Via Arena, n. 40). — Diri-

gente la Sezione Ambulatoria «Malattie veneree e sifilitiche». Titoli. Scad. 30 aprile. Presentare i titoli di rito e carriera alla Direzione Medica.

MORDANO (*Bologna*). — Scad. 30 apr. L. 8000; quattro trienni e un quinquennio di L. 600; lire 3000 cav.; due c.-v.

PATTI (*Messina*). — A tutto 30 apr., due cond.; L. 6000 e 4000 rispett., 5 quinq. decimo e L. 800 cavalc. Età lim. 40.

PINCARA (*Rovigo*). – Scad. 30 apr. L. 6000, doppio c.-v.; alloggio grat., L. 3500 se cav., L. 1000 se bicicl., L. 400 uff. san.; L. 100 ogni 50 pov. o frazione sopra mille.

PIOMBINO (*Pisa*). – A tutto 30 apr. L. 7000 e quadrienni fino a L. 10,500; addiz. L. 2 oltre 1000 pov. e L. 2.50 oltre 2000; c.-v.; L. 25 al giorno per supplenze ad altre condotte oltre 10 giorni. Età lim. 40. Chiedere annunzio.

PISONIANO (*Roma*). — Scad. 30 apr. L. 3000 per 711 pov. e L. 300 per uff. san.

SACILE (*Friuli*). *Ospedale Civile*. — Medico caporeparto medicina e detto chirurgia; vedi fasc. 15. Scad. ore 18 del 15 maggio.

SANTA LUCIA DEL MELA (*Messina*). — Due cond. Vedi fasc. 15. Scad. 30 aprile.

S. MARIANUOVA (*Ancona*). — Scad. 30 apr. Lire 12,500, oltre indenn. c.-v.; L. 2200 mezzo trasp.

SCANSANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag. Due cond., L. 10,000 per 1000 pov.; 4 sessenni dec., addiz. L. 2; doppio c.-v.; L. 2000 cav.; assicur.

SUZZARA (*Mantova*). - Scad. 30 apr. L. 9000 oltre doppio c.-v., L. 4000 cav., 10 bienni ventes., L. 350 per ogni 100 pov. o frazione sopra il terzo della popolazione, che è di circa 6000 ab. Le condotte sono due.

TERNI. *Ospedale Civico*. — Un chirurgo aiuto e chirurgo cond.; Vedi fasc. 16. Scad. 30 aprile.

TORRE S. MARIA (*Sondrio*). — Consorzio con Spriana. L. 6000 aumentab. di 1/10 ogni quinq.; indenn. trasf. L. 780; due c.-v.; L. 2000 cavalc.; L. 500 uff. san. Abit. 2300 di cui 250 pov. Scad. 30 apr. Domande Segreteria comunale Torre S. Maria.

TRECHINA (*Potenza*). — Scad. 1° maggio. Età limite 65. L. 3000 per 300 poveri, L. 10 per ogni pov. in più. Documenti di rito. Chiedere annunzio.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Revocato il concorso indetto con avviso 16 marzo, ne viene indetto uno nuovo a 4 med.-chir. assist.; L. 4500; titoli ed esami; nom. e conferma biennali. Scad. ore 17 del 25 apr. Età limite 32. Chiedere annunzio.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Sorso (Sassari) per la 2ª cond.; Camporosso (Porto Maurizio), Pincara e Grignano Polesine (Rovigo).

Revoca di diffide: Galeata e Dovadola (Forlì), S. Maria del Giudice (Lucca) e della Sezione Marchigiana.

Sono confermate le diffide di Borello, S. Vittore e Pieve Sesistina (Forlì).

Nuovo boicottaggio: Maenza (Roma).

Revoca di boicottaggio: consorzio Mornago-Crosio (Milano).

CONCORSI A PREMIO.

Premi Cirincione e Cidonio per la Oftalmologia.

Secondo le norme contenute nel decreto ministeriale 14 giugno 1922, i concorsi al premio internazionale Cirincione ed a quello nazionale Cidonio sono banditi dal Comitato di Amministrazione della Fondazione entro il marzo di ciascun anno, con scadenza a fine maggio dell'anno venturo per quello nazionale ed a fine agosto per quello internazionale. Il premio sarà assegnato al miglior lavoro di oftalmologia compiuto non anteriormente all'anno solare precedente a quello del concorso e che ancora non sia stato pubblicato. Di ogni lavoro saranno inviate tre copie, dattilografate o stampate (ma non pubblicate) al Comitato. Al primo riuscito al concorso internazionale sarà assegnato il premio di lire ventimila, al secondo una medaglia d'oro di lire tremila, al terzo una medaglia d'oro di lire duemila. Al primo riuscito del concorso nazionale sarà assegnato il premio di lire settemila. Ove il premio non venga assegnato, il Comitato di Amministrazione potrà provvedere all'impiego della relativa somma a beneficio della R. Clinica Oculistica di Roma o di altro premio ed in tal caso indicherà il tema di concorso. Non sono ammessi al concorso i professori titolari e coloro che abbiano oltrepassato il 45° anno di età. Il vincitore assume l'obbligo di frequentare, assolvendo la mansione di assistente, la R. Clinica Oculistica di Roma, nei mesi di gennaio, marzo ed aprile dell'anno successivo. Non ottemperando a questa condizione s'intende che rinuncia al premio.

CONCORSO AL POSTO D'ASSISTENTE NELL'OSPEDALE ITALIANO DI LONDRA (Medicina e Chirurgia). — Il candidato deve essere italiano, celibe, laureato in Italia, con diploma registrabile presso il General Medical Council di Londra e con cognizioni d'inglese. Il nominato resterà in carica per 6 mesi, con diritto di ripresentarsi ai concorsi successivi. Onorario lire sterline 150 annue con alloggio, vitto, ecc. Inviare copia dei documenti al Segretario dell'Ospedale Italiano di Londra. Queen Square, W C. 1.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Accademia delle Scienze di Filadelfia ha nominato socio straniero il prof. Battista Grassi di Roma.

Il prof. Giuseppe Zagari, ordinario di clinica medica a Modena, è comandato a Napoli per l'insegnamento della clinica delle malattie tropicali.

I proff. Domenico Mirto, ordinario di medicina legale e Alberto Pepere, ordinario di anatomia patologica a Catania, sono trasferiti col loro consenso a Palermo.

Hanno conseguito la libera docenza: il prof. Giuseppe Pecori in igiene a Roma; il dott. Camillo Artom in fisiologia a Messina; il dott. Piero Varenna in clinica delle malattie mentali e nervose a Pavia.

Il dott. Giuseppe Rè e il prof. Carlo Vallardi di Milano sono stati insigniti rispettivamente della medaglia d'argento e della medaglia di bronzo «al merito della Sanità».

Il prof. Carlo Goebel è stato incaricato, a Breslavia, di un corso di chirurgia per gli stranieri, con particolare riguardo ai paesi caldi.

NOTIZIE DIVERSE.

V. I. M.

L'Ente Nazionale per le Industrie Turistiche sta organizzando il secondo *Viaggio d'Istruzione per Medici alle Stazioni Termali* (V. I. M.), a seguito del primo, che nello scorso anno ottenne il più completo successo.

Il 2° V. I. M. sarà diretto dal segretario generale dell'E. N. I. T., prof. comm. Guido Ruata; esso avrà inizio a Firenze il 25 giugno terminando il 6 luglio a Milano, e comprenderà la visita alle seguenti stazioni termali: Monsummano, Bagni di Casciana, Bagni di S. Giuliano, Livorno (Acque della Salute), Acqui, Valdieri, Saint Vincent, San Pellegrino, Bagni di Bormio, S. Caterina Valfurva, Casino Boario. Il viaggio si effettuerà in treno speciale; servizi speciali di *autobus* sono predisposti per Pontedera-Bagni di Casciana, Borgo S. Dalmazzo-Valdieri, Tirano-Bormio, Santa Caterina-passo dell'Aprica-Edolo.

In ogni stazione termale sarà tenuta una conferenza medica illustrativa, seguita dalle visite agli stabilimenti.

Saranno ammessi al 2° V. I. M. i soli medici nel numero massimo di duecento: la quota di partecipazione, comprensiva di tutte le spese di viaggio e soggiorno da Firenze a Milano, è fissata in lire settecento. I medici usufruiranno inoltre di un biglietto a tariffa ridotta per il viaggio dalla residenza a Firenze e da Milano alla residenza. Le iscrizioni verranno chiuse appena raggiunto il numero di 200 e comunque *non oltre il 15 maggio.*

Il programma dettagliato del V. I. M. con il modulo per l'iscrizione viene inviato, su richiesta, dall'Ente Nazionale per le Industrie Turistiche, via Marghera, n. 6 - Roma (21).

Congresso per lo Studio del Cancro.

L'Associazione Francese per lo studio del Cancro ha organizzato un Congresso per lo studio del Cancro, che si adunerà a Strasburgo il 23 e 24 luglio, in occasione delle feste Pasteuriane.

Temi ufficiali: 1) Produzione sperimentale del cancro; relatori Borrel di Strasburgo, Fibiger di Copenaghen, Ichikawa di Sapporo (Giappone), Murray di Londra e Pentimalli di Napoli; 2) Reazioni locali e generali dell'organismo verso il cancro; relatori Rubens-Duval di Parigi e Woglom di New York; 3) Radioterapia degli epiteliomi spinocellulari della cute e della cavità orale; relatori Bayet di Bruxelles e Regaud di Parigi.

Quota per i membri aderenti (dottori in medicina) fr. 60; per i membri associati (studenti in medicina, signore, chiunque s'interessi al cancro) fr. 40.

Rivolgersi al segretario generale dott. Gustave Roussy, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (VI).

Federazione Nazionale per la Lotta contro la Tubercolosi.

L'on. dott. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione Nazionale Italiana per la Lotta contro la Tubercolosi, accompagnato dal segretario generale prof. Guido Mendes e dal consigliere prof. A. Signorelli, ha presentato al Direttore generale della Sanità Pubblica comm. A. Lutrario le conclusioni formulate dalla Giunta della Federazione nelle due ultime riunioni tenute in Roma a fine marzo. Queste si concretavano:

1) Nella necessità di integrare la organizzazione dispensariale in quelle provincie dove è deficiente; 2) Nell'urgenza di provvedere all'allestimento di alcuni Sanatori antitubercolari nell'Italia Centrale e Meridionale.

Il comm. Lutrario ha convenuto in linea di massima in detti postulati fondamentali; ha comunicato che in parecchi Comuni nuovi dispensari sono in via di organizzazione, ed ha assicurato che, malgrado le gravi difficoltà del momento, l'azione delle autorità sanitarie centrali continuerà ad esplicarsi nel senso auspicato dalla Federazione.

Per i Sanatori, la cui organizzazione urta contro ostacoli finanziari ancora più gravi, si è convenuto nella necessità di riunire tutti i mezzi esistenti per la rapida istituzione intanto di uno o di due Sanatori nell'Italia Centrale.

Nel congedarsi dal cordiale colloquio il Direttore generale della Sanità Pubblica ha espresso all'on. Paolucci il suo desiderio di una vigile collaborazione, ed ha promesso tutti gli appoggi consentiti all'attività della giovane Federazione ed agli organismi a questa collegati.

I Congressi di freniatria e di ginecologia per l'Istituto Italiano di Igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Il XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana, avendo avuto diretta relazione dal prof. Ettore Levi delle finalità ed attività dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, su proposta del presidente prof. Morselli e del prof. Mingazzini, plaude ai risultati fin qui ottenuti e fa voti che a tale Istituto siano forniti gli aiuti morali e materiali necessari al raggiungimento delle sue finalità.

***

Al Congresso di Ostetricia e Ginecologia l'illustre presidente prof. senatore Pestalozza alla fine della II adunanza del 5 aprile, ha con calde parole illustrato al Congresso l'attività dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, invitando vivamente i colleghi a prender direttamente conoscenza dello splendido materiale acquisito da questo Istituto e delle attività da esso svolte nel campo dell'eugenica e della protezione della maternità e dell'infanzia.

***

In seguito a queste due favorevoli manifestazioni, numerosi partecipanti sia all'uno che all'altro Convegno, onorarono della loro visita l'Istituto che ha la sua sede in Roma in via Condotti, 33.

Nel Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato.

L'Alto Commissario delle Ferrovie dello Stato, on. dott. Torre, ha chiamato alla dirigenza del Servizio Sanitario il comm. dott. Achille Baldi, di cui son note la competenza, la rettitudine e la bontà d'animo. Rallegramenti.

Commemorazione del prof. Todaro.

Nel grande anfiteatro dell'Istituto Anatomico di Roma è stato scoperto, il 12 aprile, un busto in bronzo del prof. Francesco Todaro.

Alla solenne cerimonia intervennero i ministri Gentile e Di Cesarò, i sottosegretari Vassallo e Rocco, il prefetto ed altre autorità. La facoltà di medicina e quella di scienze erano largamente rappresentate. Era presente la famiglia.

Il rettore magnifico, sen. Sanarelli, con facile eloquio e forma scultorea tratteggiò la vita nobilissima del Todaro, patriota, scienziato, educatore, cittadino: si intrattenne particolarmente sull'attività da lui spiegata in favore dell'educazione fisica.

Parlò poi il prof. Versari, successore del Todaro nella cattedra e già suo allievo: dalla sua commemorazione la figura del Todaro è balzata viva nella sua complessità; basti ricordare che fu garibaldino e combattè a Milazzo; che fu tra i primi ad abbracciare la dottrina darwiniana; che promosse gli studi d'istologia in Italia; che fu autore d'importanti scoperte scientifiche.

Commemorazione del prof. Galeotti.

Nell'Istituto di patologia generale di Napoli venne inaugurato, il 3 aprile, un busto in marmo del prof. Gino Galeotti.

Alla cerimonia intervennero i proff.: sen. Foà da Torino, sen. Lustig da Firenze, Alessandri e Caronia da Roma, Tarozzi da Modena, Tiberti da Siena, Ciaccio da Messina, Pepere da Palermo, ecc.; erano presenti le più spiccate personalità dell'Ateneo napoletano. Parlarono il prof. Pentimalli, il preside prof. Jemma, il sen. Lustig e il prof. Rondoni, lumeggiando l'opera scientifica e didattica del valoroso scomparso.

Onoranze al prof Carlo Moreschi.

Nel secondo anniversario della morte di Carlo Moreschi, a cura di un Comitato ordinatore presieduto dal prof. Emilio Alfieri, si scoprirà nel paese nativo di Cermenate un busto in bronzo.

L'illustre Maestro, dal quale Carlo Moreschi ebbe le prime e le più salde basi per l'indagine microscopica, il senatore Camillo Golgi, ha accettato la presidenza del nostro Comitato d'onore. Accanto al nome di Camillo Golgi, il Comitato si onora di annoverare i nomi illustri di Luigi Devoto e di Vittorio Ascoli, che lo ebbero carissimo.

Le onoranze che amici, colleghi, compaesani si apprestano a tributare alla memoria dello studioso, così immaturamente rapito alla famiglia e alla scienza, riusciranno degne di Lui e dei suoi Maestri. Adesioni e oblazioni si ricevono dal dott. Enrico Garbagnati, notaio, Cermenate (Como).

Infortunio sul lavoro.

Il dott. Lucio Beretta, veterinario consorziale di Manerba sul Garda, recatosi per incombenze professionali in una stalla di bovini a Momia, fu morsicato da un bue nel quale si dichiarò poi l'idrofobia. L'egregio sanitario si è sottoposto prontamente alla cura specifica nell'Istituto antirabico di Milano.

La famiglia sanitaria ha subìto perdite dolorose e noi abbiamo perduto amici cari: a Firenze il prof. EDOARDO FAIRMAN, direttore delle Terme di Casciano; a Ramiola il prof. FORTUNATO MELOCCHI, direttore di quell'Istituto terapeutico per malattie gastro-intestinali; a Villa S. Giovanni l'on. FILIPPO LOFARO, libero docente di patologia chirurgica nella nostra Università; a Rotoma il dott. EUGENIO MINOSSI, già assistente nella Clinica medica, collega in giornalismo.

Indice alfabetico per materie.

Adrenalina: somministrazione . . . . *Pag.* 541
Aerofagia: trattamento . . . . . » 540
Anastomosi deferenziale . . . . . » 521
Angiectasie a corona toraco-basilari . . » 530
Bibliografia . . . . » 537
Cellule giganti di Bizzozero: funzione fagocitaria . . . . . . » 538
Cronaca del movimento professionale . » 547
Dispepsia nervosa . . . . . . » 540
Eczema acuto dell'orecchio: trattamento » 542
Ematurie . . . . » 532
Ernia preperitoneale della linea alba sopraombelicale . . . . . . » 539
Eteronarcosi e presenza di acetone e acido diacetico nelle urine . . . » 539
Giornalismo medico italiano: albori . » 535
Iniezioni endovenose di cloruro di calcio nelle emorragie viscerali . . » 541
Litiasi renale: sintomi e diagnosi . . » 532
Malaria: recidive . . . . . . » 543
Medicazione endovenosa: limiti . . . » 541
Paralisi progressiva atipica e reperto spirochetosico . . . . *Pag.* 538
Parentela: determinazione con l'esame del sangue . . . . » 543
Prostate che scompaiono . . . . . » 534
Pulizia dei bicchieri e delle stoviglie nei pubblici esercizi . . . . . » 542
Raggi ultra-Sonne: azione . . . . . » 539
Rene malato: sintomi di eccessivo lavoro » 534
Retto: errori comuni nel trattamento delle affezioni del — . . . . . » 540
Sifilide e malattie veneree: nuovo regolamento per la profilassi . . . . » 544
Sifilide nervosa: valore terapeutico dei preparati bismutici . . . . . » 527
Sistema nervoso centrale: grassi e lipoidi . . . . » 538
Sistema nervoso: influenza sui processi rigenerativi . . . . » 538
Stupefacenti: per la lotta contro gli — . » 547
Ulcera perforante del piede di antica data: guarigione . . . . . . » 539
Versamenti pleurici: nuovo segno fisico . » 542

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 30 Aprile 1923 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Pecori: Il metodo di Langer e Krüger per la diagnosi batteriologica rapida della difterite.

Osservazioni cliniche: V. Caccini: La guarigione della peritonite acuta purulenta diffusa con iniezioni endoperitoneali di etere solforico.

Note e commenti: G. F. Capuani: Su un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace artificiale. — S. Pulvirenti. Contributo alla tecnica del pneumotorace Forlanini.

Sunti e rassegne: SIERI e VACCINI: N. Pietravalle: La natura delle reagine luetiche e le cause di errore nella reazione di Wassermann. — I vari tipi di pneumococchi in rapporto alla sieroterapia e alla vaccinoprofilassi. — W. Park: Sull'efficacia della vaccinazione antidifterica.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica, di Padova. — Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Vie respiratorie: La coriza spasmodica. — Asma ed aspirina. — Trattamento delle bronchiti e broncopolmoniti infantili con le iniezioni di etere. — Tubercolosi polmonare e gravidanza. — Guaribilità delle caverne tubercolari. — Cura sintomatica della polmonite. — Miscellanea: Assenza congenita della milza. — Alcune note sull'origine e sulla sintomatologia dell'ipernefroma. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.

Politica sanitaria e giurisprudenza: Le nuove disposizioni per l'assistenza degli esposti.

Nella vita professionale: INSEGNAMENTO SUPERIORE: Per l'insegnamento della «statistica» nelle Facoltà di Scienze mediche e naturali. — Cronaca del movimento professionale. — Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Concorsi.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

UFFICIO D'IGIENE DEL COMUNE DI ROMA.

Il metodo di Langer e Krüger per la diagnosi batteriologica rapida della difterite.

Prof. G. PECORI
Medico ispettore capo per la profilassi delle malattie infettive.

Molte questioni si agitano tuttora intorno al bacillo difterico, questioni la cui origine risale all'epoca stessa della scoperta del b. di Loeffler e delle quali solo alcune gli studi e le osservazioni numerosissime da allora ad oggi hanno risoluto, mentre altre non soltanto attendono ancora la soluzione, ma sono anzi, per questi stessi studi, divenute più complicate.

D'altra parte, dopo la scoperta del siero antidifterico e dopo la dimostrazione dei pericoli che, per la diffusione del contagio, i così detti *portatori* rappresentano in molti casi, il medico pratico è costretto assai spesso a rivolgersi al laboratorio per una diagnosi batteriologica esatta e sollecita. Tuttavia nel caso del riconoscimento di portatori, salvo evenienze speciali (collettività), una vera urgenza non si presenta e pertanto nei casi dubbi possono esser messi in pratica tutti quei metodi che, pur esigendo un tempo abbastanza lungo, permettono un responso del tutto sicuro. Ben diversa invece è l'esigenza quando il medico si trovi dinanzi a un malato, sopratutto di angina, i cui sintomi clinici non permettano da soli una diagnosi di natura. In questo caso egli sollecita una risposta nel più breve tempo, specialmente quando non possa, per qualche ragione, seguire il consiglio — nella maggioranza delle volte adottato — di iniziare subito nei casi dubbi la sieroterapia, in attesa del responso del laboratorio. Responso che oggi si deve invero esigere sempre e per ogni malato, essendo noto che, se vi sono forme di angine, in apparenza eritematose o lacunari, ma in realtà difteriche, si osservano anche forme con produzione di pseudomembrane determinate da altri germi (streptococchi, stafilococchi, diplococco di Fränkel).

Ad ottenere una rapida ed esatta diagnosi batteriologica della difterite si sono rivolti gli sforzi di un gran numero di ricercatori e sono stati suggeriti metodi e criteri diversi. La molteplicità dei metodi successivamente proposti sta ad indicare che nessuno di essi ha pro-

vato di possedere i due requisiti fondamentali: la rapidità della dimostrazione e la sicurezza assoluta di poter differenziare il bacillo di Loeffler dai bacilli pseudodifterici.

Non è nel compito di queste note ripetere nè discutere quanto è stato scritto intorno a questi germi. Noi intendiamo peraltro ritenere:

1) che esistono veri bacilli difterici lunghi o medi (forme più comuni) o corti (forme più rare);

2) che questi b. difterici veri possono essere virulenti o avirulenti;

3) che essi possono presentarsi con granuli metacromatici tipici, ma anche senza granuli affatto (forme *solides* dei francesi);

4) che nella gola e più nel naso (per limitarci alle due localizzazioni per noi più importanti), sia di sani che di malati, possono ritrovarsi, insieme con i b. difterici veri, o anche da soli, bacilli difteroidi (pseudodifterici);

5) che i b. pseudodifterici possono talora presentare caratteri di forma, di disposizione, di colorazione (presenza di granuli) non differenziabili da quelli di talune forme di b. di Loeffler.

Non possiamo associarsi al modo di vedere di coloro i quali ritengono che, dinanzi a un malato sospetto di difterite, la questione dei b. pseudodifterici non dovrebbe essere neppure presa in considerazione. Secondo noi in una sola circostanza in ciò si può consentire: quando cioè l'esame batterioscopico diretto rilevi un'abbondanza di germi aventi i caratteri morfologici tipici del b. difterico. Ma quando ciò non accada, il non porre tale questione significherebbe non ricordare nemmeno che il primo b. pseudodifterico fu scoperto dallo stesso Loeffler proprio in una pseudomembrana difterica. Nè crediamo che sia sufficiente garanzia fare, nei casi dubbi, assegnamento esclusivo sulla abilità, sull'esperienza (o sulle convinzioni?) del batteriologo e ritenere sempre per vero che un occhio esercitato difficilmente può restare incerto. È un criterio questo troppo soggettivo cui non è possibile dare un valore assoluto e che, per il diverso modo di pensare di due osservatori, può portare anche a responsi opposti per uno stesso caso. Invero, nonostante una grande pratica ed ogni diligenza di osservazione, in qualche caso, sia pur raro, la diagnosi può riuscire ardua, sia per la mancanza di forme bacillari difteriche tipiche, sia perchè bacilli difteroidi possono mentire la morfologia dei veri bacilli difterici.

***

L'uso del terreno al siero di Loeffler per l'isolamento del b. difterico è senza dubbio di grande utilità pratica per la diagnosi della difterite, data la sua elettività per questo germe. Anzi si può dire che nessuno dei substrati posteriormente raccomandati (Wang, Klein, ecc.) per facilitare la diagnosi ha rilevato una superiorità su di esso. I soli terreni recentemente proposti dal Pergola (siero-uovo con tellurito di potassio) hanno, invece, una elettività senza dubbio superiore.

Sul Loeffler ben di rado si ha nelle prime 18-24 ore il sopravvento dei b. pseudodifterici, ma talvolta — con un materiale scarso — occorre prolungare, anche per la reperibilità del b. difterico, la permanenza della cultura in termostato oltre 24 ore (1). Ed allora gli altri germi (anche i difteroidi) possono prendere il sopravvento e può aversi anche la comparsa di pseudo-difterici in maggioranza provvisti di granuli.

Per ciò che si riferisce ai terreni del Pergola — pur importando essi, in generale, un tempo un po' maggiore per lo sviluppo delle colonie — si deve riconoscere che la percentuale dei reperti positivi per il b. difterico è notevolmente maggiore di quella ottenuta col siero di Loeffler, sopratutto nei portatori e in ogni caso a materiale scarso; benchè qualche riserva noi dovremo fare in appresso a proposito di quei germi che l'A. chiama b. difterici *modificati* e che, con la interpretazione che lo stesso A. ne dà, contribuiscono ad aumentare quella percentuale.

I terreni glucosati proposti (1917) da Costa, Troisier, Dauvergne come mezzo d'identificazione del b. difterico — e già prima (1907) suggeriti da Rothe — furono anche da noi sperimentati, ma ci è sembrato che essi, per la facile mescolanza nelle culture di altri germi (difteroidi, streptococchi, ecc.) di eguale azione fermentativa e sopratutto per il tempo che richiedono (più di 24 h.) non rispondono ai requisiti voluti di rapidità e di esattezza. La stessa obiezione vale per i terreni zuccherati al rosso congo proposti dal Lanzarini.

Restano pertanto i soli substrati di Loeffler e di Pergola utilizzabili per un rapido isolamento del b. difterico. Neppure su di essi tuttavia si possono dimostrare sempre colonie che, per il diverso tempo di sviluppo e per i caratteri macroscopici differenti, consentano senza altro una diagnosi differenziale con i b. pseudodifterici. Di guisa che, in pratica, allorquando l'esame batterioscopico diretto di un essu-

(1) Prolungando la permanenza in termostato oltre 24 h., abbiamo potuto ottenere nelle nostre ricerche un aumento del 9 % dei reperti positivi per il b. difterico.

dato non abbia permesso da solo la diagnosi, si deve ricorrere all'esame dei preparati allestiti dalle culture. Ma è allora appunto che possono sorgere quelle difficoltà d'interpretazione di cui più sopra si è detto.

***

Nessuno dei numerosi metodi di colorazione comunemente in uso permette con sicurezza assoluta la differenziazione tra bacilli difterici e pseudodifterici.

Rivolgendo pertanto la mia attenzione allo studio di questo problema, mi è sembrato di riconoscere che esso possa avere, per lo meno nelle circostanze che più comunemente si presentano nella pratica, una favorevole soluzione dall'applicazione di un metodo che, sebbene ricordato ed applicato fuori d'Italia, ci risulta sinora poco conosciuto ed apprezzato tra noi. Il metodo è fondato sulla diversa resistenza del b. difterico e degli pseudodifterici alla decolorazione con l'alcool assoluto, dopo il trattamento con il Gram.

Furono Roeh e Meros i primi (1913) a notare queste diversità di resistenza, studiando i bacilli pseudodifterici da essi trovati nel pus delle otorree; ma spetta a Langer e Krüger (1916) il merito di aver dimostrata, con numerose osservazioni, l'applicabilità pratica del metodo per la diagnosi della difterite.

Langer e Krüger stabilirono che i resultati più esatti si avevano operando così:

1° Colorazione per 2' in soluzione di violetto di genziana dei vetrini allestiti con materiale prelevato da piastre di Loeffler di 6-8-12-18-24 ore; 2° passaggio in soluzione di Lugol per 5'; 3° in alcool assoluto per 15'; 4° colorazione in fucsina diluita per 1''.

Seguendo questa tecnica Langer e Krüger videro che, mentre il b. difterico restava costantemente decolorato (gia dopo 10' di permanenza in alcool), assumendo poi il colore rosso della fucsina, i bb. pseudodifterici resistevano alla decolorazione e vi resistevano anche se l'immersione in alcool era prolungata per due ore.

Il metodo venne in seguito sottoposto a controllo da Landau, da Münzberg e da Schmitz. Quest'ultimo ne confermò nettamente l'importanza, escludendone soltanto l'applicabilità quando si tratti di culture vecchie e sopratutto di forme bacillari degenerative; Landau e Münzberg fecero invece alcune restrizioni. Posteriormente il metodo trovò sostenitori anche in Francia (Martin e Loiseau, Dujarrie de la Rivière, ecc.).

Io ho voluto sottoporre questo metodo a numerosi controlli e a una lunga esperienza di molti mesi, sperimentando dapprima su culture pure di bacilli difterici e di pseudodifterici precedentemente isolati; in prosieguo utilizzando direttamente l'abbondante materiale che perveniva al laboratorio batteriologico municipale, appartenente sia a individui sospetti di varie localizzazioni di difterite, sia a convalescenti, sia a coabitanti con difterici. In ambedue le serie di esperimenti il metodo venne studiato usufruendo di culture di età diversa (da poche ore a più giorni), su siero di Loeffler nei primi mesi delle ricerche, di poi costantemente anche sul terreno B di Pergola.

La tecnica usata fu, in principio, esattamente quella proposta da Langer e Krüger, ma poi al violetto di genziana, che ha l'inconveniente di doversi preparare di volta in volta, fu sostituito il cristal violetto carbolico e l'azione dell'alcool fu prolungata, per maggior sicurezza sino a 20'.

Furono eseguite anche alcune prove con l'alcool acetone e con l'alcool cloridrico, allo scopo di abbreviare la durata totale delle operazioni, ma l'azione decolorante era troppo rapida. Cosicchè la tecnica adottata fu in definitiva la seguente:

1) Colorazione dei preparati in cristal violetto fenico, a caldo, per 2';

2) Immersione in soluzione di Lugol per 5';

3) Immersione in alcool assoluto per 20' (1);

4) Colorazione in fucsina molto diluita, per 1'';

5) Lavaggio in acqua distillata ed essiccamento.

Le forme batteriche che resistono alla decolorazione rimangono colorate in viola, quelle che non resistono prendono il colore rosso della fucsina.

Allo scopo di stabilire rigorosamente il valore del metodo nella diagnosi differenziale tra bacilli difterici e pseudodifterici, era stata nostra cura di provvedere in precedenza alla esatta identificazione degli stipiti isolati in cultura pura dei quali si è fatto parola (venti complessivamente) con l'applicazione di tutti i metodi di differenziazione conosciuti per detti bacilli difterici e pseudodifterici: culture in brodo, anaerobiosi, azione sui vari zuccheri, emolisi, virulenza sull'animale.

La prova della virulenza non fu per il nostro scopo di reale valore, perchè mancò in alcuni stipiti sicuramente difterici, isolati da

(1) È opportuno rinnovare l'alcool pochi istanti dopo la immersione in esso del preparato.

malati. Non ci sembra peraltro necessario ripetere a questo proposito cose già note.

Tutte le altre prove ci permisero concordemente di distinguere, nei venti stipiti in esame, nove bacilli difterici veri e undici pseudodifterici. Di questi ultimi otto si dovevano riferire, per il loro comportamento con gli zuccheri, al tipo Hoffmann e tre a tipi diversi (1).

Per la identificazione delle numerosissime forme batteriche non precedentemente studiate in cultura pura (perchè di primo isolamento dal materiale clinico pervenuto in laboratorio), allorquando con la colorazione di Neisser non si potevano dimostrare germi aventi tutte le caratteristiche morfologiche dei bacilli difterici tipici, si eseguirono, contemporaneamente al metodo di Langer, altre prove di controllo (zuccheri, ricerca dell'azione emolitica).

Sperimentando con queste garanzie abbiamo potuto constantemente verificare che alla decolorazione con alcool prolungata per 20' i bacilli difterici non resistevano in nessun caso, mentre vi resistevano sempre gli pseudodifterici.

Dalle numerose osservazioni fatte è risultato peraltro che le migliori condizioni per la buona riuscita del metodo si hanno allorchè si sperimenti con culture assai giovani, cioè di non più di 12-18 ore (col siero di Loeffler *l'optimum* è di 8-12 h) e con stipiti che non abbiano già subito troppi passaggi in serie. Si devono usare culture di 24 h. sul siero di Loeffler solo quando, in un tempo più breve, per la povertà del materiale di semina, lo sviluppo sia scarso. Si potrebbe obiettare che, operando con culture di poche ore, il problema diagnostico si risolve anche senza il metodo da noi raccomandato, perchè in sì breve tempo non sviluppano, su un terreno elettivo, che i soli bacilli difterici. Ma a parte che talvolta, sia pure raramente, anche gli altri germi possono prendere il sopravvento, resta sempre da considerare il fatto che i bacilli difterici i quali si siano sviluppati prima di 12 h., quando anche non sieno di morfologia atipica, sono per lo più sprovvisti di granuli (che compaiono, generalmente, più tardi). Quindi è proprio in queste condizioni, di non facile differenziazione morfologica, che si dimostra più che mai la necessità di un metodo che dia un responso sicuro e rapido.

Per le necessità della pratica il metodo di Langer e Krüger non verrà naturalmente impiegato che per l'esame di materiale clinico seminato su culture di non più di 24-30 ore. Sarebbe altrimenti frustrato lo scopo principale che è quello di una diagnosi sollecita. È doveroso ad ogni modo dire che strisci eseguiti da culture più vecchie (e talora anche da culture giovani ma conseguenti a numerosi passaggi) *possono* far vedere che non tutti i bacilli difterici si decolorano. Si osservano infatti, in tali casi, sullo stesso preparato, in mezzo alla maggior parte dei bacilli colorati in rosso, una più piccola parte colorati in viola: sono specialmente le forme degenerative del b. di Loeffler quelle che dimostrano la maggior resistenza alla decolorazione.

Negli esami fatti con culture giovani e di prima semina questa mescolanza — che potrebbe generare dubbi diagnostici — non si osserva. Solo eccezionalmente qualche *rarissimo* bacillo difterico (per lo più forme a clava) resta colorato in viola, in mezzo agli altri che si decolorano; ma la immensa maggioranza di questi ultimi impone senza esitazione la diagnosi.

L'obiezione pertanto di Schmitz, di cui più sopra si è fatta parola, perde ogni importanza, giacchè in pratica l'osservazione si deve fare proprio sui primi isolamenti e da culture di poche ore.

Landau ha fondato la sua opposizione al metodo di L. e K. specialmente sulla difficoltà di differenziare i b. di Loeffler da forme di *Leptothrix*, che rassomigliano morfologicamente al b. difterico e che, come questo, non resistono alla decolorazione con alcool assoluto. Ma tale obiezione, se può avere valore per i preparati microscopici eseguiti direttamente da un essudato, non ne ha più alcuno per i preparati ricavati dalle culture, dove quelle forme non si sviluppano.

Alla obiezione di Münzberg che nelle prime culture da materiale bucco-faringeo si ritrovano facilmente bacilli gram-positivi, non resistenti all'azione prolungata dell'alcool, i quali possono rendere difficile la diagnosi, si può rispondere che, senza tener conto dei differenti caratteri morfologici e di raggruppamento, tali germi non prendono mai il sopravvento, nelle prime dodici ore, su terreni elettivi per il b. difterico, quale il siero di Loeffler.

Quanto al substrato di Pergola, credo utile aggiungere qui che esso ha dimostrato, anche nel nostro esperimento, la sua superiorità circa il numero dei reperti positivi per il bacillo difterico, in confronto di quelli ottenuti

---

(1) Per il modo di comportarsi con gli zuccheri e per l'insieme dei caratteri culturali i tre germi si potevano riportare: il 1° al *Corynebacterium auris* (Graham Smith), il 2° al *C. striatum* (v. Besser), il 3° — isolato dalla congiuntiva — al *B. cutis commune* (Nicolle).

con il siero di Loeffler. Ma è necessario in generale attendere un tempo un po' più lungo che con quest'ultimo: quasi sempre 18-24 ore.

Dobbiamo poi osservare che non possiamo completamente associarci al modo di vedere del Pergola circa quei germi che egli ritiene «bacilli difterici modificati» (e non pseudodifterici), germi che ritrova nei convalescenti di difterite e nei coabitanti con i malati e che per alcuni caratteri dimostrabili con il suo terreno (compreso l'aspetto macroscopico delle colonie) corrispondono al b. difterico, mentre per altri (tra cui quelli morfologici, l'assenza o scarsità dei granuli) se ne allontanano. Senza addentrarci nell'ancor discussa questione della possibile trasformazione del b. di Loeffler in pseudodifterico, crediamo dover notare che, nelle nostre ricerche, parecchi dei germi provenienti da convalescenti o da coabitanti e che, appunto per la forma e per il mancante o scarso reperto di granuli, ci lasciavano dubbiosi, e di cui alcuni al metodo di decolorazione si comportavano come difterici veri ed altri no, furono, previo isolamento, sottoposti al controllo degli zuccheri e a quello dell'azione emolitica (che tra tutti i metodi di differenziazione ci sembra quello che corrisponde meglio): si vide così confermato quanto la decolorazione aveva dimostrato, che, cioè, alcuni bacilli si dovevano ritenere come veri difterici ed altri come pseudodifterici.

È opportuno, allo stesso riguardo, dire altresì che talora negli strisci da prime culture, di *almeno* 24 ore, allestite con *materiale prelevato da malati sospetti di difterite*, si osservarono germi simili per forma e per disposizione — se non sempre per dimensioni — di cui, in proporzioni presso a poco eguali, alcuni si decoloravano e altri no. Dovemmo ammettere in questi casi la coesistenza di bacilli difterici e di pseudodifterici (1).

***

Non ci è possibile oggi affermare se il metodo di Langer e Krüger abbia valore con tutta la numerosa falange dei germi difteroidi descritti. Possiamo dire però che esso ci ha corrisposto sempre con i difteroidi nei quali c'imbattemmo e che, per il lungo tempo durante il quale furono eseguite le nostre osservazioni, si devono ritenere i più comuni a riscontrarsi nella pratica e a produrre, eventualmente, difficoltà diagnostiche.

Il metodo non ci corrispose soltanto con uno stipite che ci fu favorito da un altro laboratorio al termine delle nostre ricerche e che era stato diagnosticato come b. della xerosi. Ma di questo non aveva il comportamento sugli zuccheri ed inoltre si trattava di una cultura originariamente assai vecchia.

CONCLUSIONI.

1. — I metodi usuali di laboratorio per la diagnosi batteriologica rapida della difterite (culture in terreni di elezione, colorazione di Neisser), se corrispondono in pratica nella maggioranza dei casi, possono alcune volte lasciar dubbiosi per le difficoltà di differenziazione che il bacillo difterico può presentare in confronto di vari germi pseudodifterici. Nè è sempre possibile ricorrere a metodi più sicuri a causa del troppo lungo tempo che essi richiedono.

2. — Un metodo che corrisponde bene per rapidità e sicurezza è quello proposto da Langer e Krüger, fondato sulla diversa resistenza dei bacilli difterici e degli pseudodifterici alla decolorazione con alcool assoluto dopo il trattamento con il Gram.

3. — Per la buona riuscita di questo metodo si devono usare culture di primo isolamento, su terreni elettivi (Loeffler, Pergola) di 8-12-18 ore. Culture più vecchie (di 24 o più ore) si adopereranno solo quando, in un tempo minore, non si sia avuto uno sviluppo sufficiente per l'esame.

BIBLIOGRAFIA.

COSTA, TROISIER, DAUVERGNE. C. R. de la Société de Biologie, 1917; Revue d'Hygiène, 1919.

DUJARRIE DE LA RIVIÈRE. Journal médical français, 1921.

LANDAU. Berliner klin. Woch., 1916.

LANGER E KRUEGER. Deutsche med. Woch., 1916.

LANZARINI. Il Morgagni, 1916.

MARTIN E LOISEAU. Revue d'Hygiène, 1919.

MUENZBERG. Deusche med. Woch., 1917.

PERGOLA. Boll. R. Accad. medica di Roma, 1920-1921; Il Policlinco, Sez. pratica, 1921 e 1922.

ROEH E MEROS. Revue méd. de la Suisse romande, 1913.

ROTHE. Centralbl. f. Bakteriologie, I. Orig., XLIV, 1907.

SCHMITZ. Berliner klin. Woch., 1917.

(1) La coesistenza nella gola dei malati di difterite di b.b. di Loeffler e di b.b. di Hoffmann è stata riscontrata da molti e riconosciuta variabile secondo le località e secondo le epidemie: sino al 30 % dei casi in alcune di queste (Knowles). Nell'esame di portatori germi difteroidi esclusivamente furono ritrovati anche nell'altissimo rapporto del 75 %. (Martin e Loiseau).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI OSIMO.

La guarigione della peritonite acuta purulenta diffusa con iniezioni endoperitoneali di etere solforico.

Dott. VITTORIO CACCINI, direttore.

Nel Congresso Medico marchigiano (Ancona, 11 settembre 1922) troppo brevemente per ristrettezza di tempo feci questa mia Comunicazione; ora torno perciò a percorrere *aequo pede* la via lunga che, attraverso le riassunte storie cliniche, condurrà a comprendere il felice risultato terapeutico delle iniezioni endoperitoneali di etere. Incerta è spesse volte la diagnosi fra «peritonite acuta purulenta primitiva con ileo paralitico secondario», strozzamento intestinale acuto primitivo con peritonite acuta secondaria», «dolore addominale che mente in tutto una inesistente peritonite» (v. Massolongo, l. c.); incerta poi sempre quando urge provvedere *cito et tuto*, pena la perdita del malato. Riservata è la prognosi della peritonite acuta purulenta; spesso è infausta perchè la mortalità nelle infezioni dichiarate del peritoneo e generalizzate è grande. Ricorrere subito alla laparotomia esplorativa e curativa è infida pratica, sia perchè l'atto operativo è male sopportato dal peritonitico (vedi Delore et Douroriez, l. c.), sia perchè l'infermo giunge all'Ospedale spesse volte in condizioni così gravi da non concedere speranze. In tali difficili contingenze, in cui non rimane che ricorrere, *ut aliquid videatur fieri*, alla cura aspettante (ghiaccio sul ventre, oppiacei, cordiali, cura sintomatica), è conforto avere un'arma che ci offra speranze per l'infermo. M'illudo di fornire questa *arma salutis aegroti* con le iniezioni endoperitoneali di etere, arma che dà aiuto e non nasconde offesa.

Della diagnosi differenziale fra la peritonite ac. diffusa purulenta ed i varii dolori addominali (riflessi, riferiti, autoctoni) che mentendo la peritonite ac. purul., fatalmente portarono l'infermo al tavolo operatorio, tratterò nel lavoro completo che seguirà questa nota preventiva, volendo qui soltanto argomentare dalle assai brevemente riassunte storie cliniche scelte solo fra i casi preagonici, perchè da queste tragga altri il desiderio dell'atteso controllo.

I metodi di cura in uso per la peritonite ac., per la subac., per la cronica; per la primitiva (negata da alcuno) e per la secondaria; per la sierosa e la purulenta, la sierofibrinosa e la secca (plastica); per la diffusa e per la localizzata, sono molti. Riassumendoli abbiamo: Metodo del Murphy, o, proctolisi permanente in posizione del Fowler o sul letto del Gorham; Metodo dell'Höhne e Kölb, o iniezione generosa endoperitoneale di olio canforato sterilizzato; cura aspettante con ghiaccio sul ventre ed oppiacei per bocca; iniezioni generose endoperitoneali di siero normale di cavallo da me usate con successo buono; Metodo del Drouin; laparotomia e lavaggio con H_2O_2 e drenaggio permanente alla Whathier; laparotomia, allontanamento asettico di ogni materiale infettante, disinfezione del peritoneo con tintura di jodio (Lucarelli); laparotomia, lavaggio peritoneale con siero artificiale ipertonico, drenaggio (v. Wright, l. c. per la importanza terapeutica delle soluzioni ipertoniche iniettate negli ascessi acuti sottocutanei); iniezione endovenosa di siero artificiale isotonico; laparotomia e lavaggio con tint. jodio diluita e drenaggio; laparotomia, pulizia a secco, drenaggio (metodo il più apprezzato); Metodo del Morestin, o, laparotomia, inondazione con 100-300 gr. di etere della parte infetta del peritoneo, sutura con o senza drenaggio; laparotomia, lavaggio del peritoneo con acqua sterile, drenaggio (Riva-Ceccherelli); radioterapia, elioterapia, iniezioni endoperitoneali di O (Arnaud); metodi tutti per cui mando alla bibliografia che chiude questo scritto. Aggiungo le iniezioni endoperitoneali di etere che sembra portino a pronta guarigione, non per un potere antisettico sul peritoneo o per rapida eliminazione dall'etere provocata, del materiale settico e tossico, ma per esaltazione e mobilitazione delle difese biologiche naturali del peritoneo, riunite nel concorde compito per cui il Roux chiamò l'omento il gendarme dell'addome, e per cui la fisiopatologia e la chirurgia hanno elevato il peritoneo ad una dignità quale il suo sviluppo filogenetico e la sua struttura anatomica ed istologica non facevano supporre.

Nel novembre 1920 nulla conoscevo del metodo Morestin, ed avevo appena una informazione vaga che in qualche Clinica chirurg. italiana si usava bagnare il peritoneo del laparotomizzato quale cura preventiva per evitare la peritonite postlaparotomica.

Il 13 di questo novembre entrò nell'Ospedale di Osimo, inviatovi urgentemente per strozzamento intestinale in V giornata di malattia, il contadino G. Aug., di a. 54. L'infermo versava in condizioni gravissime; alvo chiuso da 5 giorni nonostante purghe ed enteroclismi; vomito, singhiozzo, febbre, polso piccolo frequente vuoto, respiro toracico superiore, superficiale, affrettato; facies peritonitica, ventre gonfio, dolentissimo, meteorismo intestinale, liquido libero nel cavo addominale, depositi essudativi irregolarmente sparsi sulla superficie peritoneale, orina rosso gialla, scarsa, limpida, non albumine, non riduzione del liquido Nyländer, enorme q. indacano.

Diagnosi: peritonite fibrinopurulenta acuta, diffusa; probabile strozzamento intestinale; ileo-paralitico.

Prognosi: infausta. Ore 15 del 13 novembre: intervento di urgenza; assisto il Chirurgo operatore. Eteronarcosi polmonare. Laparotomia mediana: liquido sieropurulento abbondante; erti coltroni fibrinopurulenti, qua e là tenacemente aderenti al peritoneo parietale ed al viscerale; impossibile rintracciare una sede di strozzamento intestinale, perchè ogni manualità intesa ad ispezionare il tenace impaccamento infiammatorio del tenue, minaccia di ledere la parete dello intestino, edematosa, friabile, tesa dai gas intestinali. Nulla di buono a fare pel malato. Pensai allora che l'etere usato per prevenire la peritonite postlaparotomica, avrebbe potuto rendere buoni risultati nella peritonite dichiarata e, in via di esperimento, incanalai con l'aiuto di una spatola, ove fu possibile, entro il cavo peritoneale, 140 cmc. di etere. Sutura a 3 piani; fasciatura solita.

L'infermo non interrompe la narcosi, ma la continua col sonno dato dall'assorbimento di etere nel cavo addominale. Nessun sintoma allarmante. Alle ore 19, dopo 4 ore di sonno profondo, si sveglia; migliora progressivamente; cessano vomito e singhiozzo; l'alvo si apre spontaneamente con emissione di enorme quantità di feci in più scariche; la febbre diminuisce rapidamente; diuresi; appetito.

Purtroppo, nuovo a questo studio, non ripetetti la introduzione di etere nel cavo peritoneale e il 19 novembre, l'infermo già in benessere, fu sorpreso di notte da un quadro che, a quanto mi fu riferito, forse fu dovuto ad ileo paralitico acuto; l'infermo in poco tempo si aggravò e morì in XII giornata di malattia, in VII dalla laparotomia.

In questo 1° caso di perit. ac. gravissima, l'ileo paralitico scomparve subito per azione dell'etere immesso nel cavo peritoneale e lasciatovi; scomparve pure il vomito ed il singhiozzo; l'infermo migliorò sensibilmente.

2° malato. — Il 28 novembre 1920 entra nell'Ospedale di Osimo il contadino And. Gius., a. 40, in X giornata di malattia, con diagnosi di «Peritonite acuta». Versa in condizioni gravissime: febbre alta, voce afona, facies peritonitica, subcianosi del volto, imperlamento della fronte, sudore algido, naso affilato, respiro toracico superiore, breve, regolare, affrettato, polso piccolo, frequente, regolare, vuoto, affanno subiettivo, ventre meteorico, immobile, dolente spontaneamente e più alla palpazione, diarrea fetida, oliguria, impressionante dimagramento *totius corporis;* orine scarse, non albumina, non riduzione del Nyländer, enorme quantità di indacano. Liquido libero nel cavo peritoneale da cui alla puntura esplorativa esce abbondante pus di odore fetido.

Diagnosi: Peritonite acuta purulenta diffusa; enterite colliquativa secondaria tossica.

Prognosi: infausta.

L'infermo versa in *extremo discrimine vitae*.

Il Chirurgo primario dell'Ospedale non consente tentare una laparotomia perchè il malato sarebbe sicuramente morto sul tavolo operatorio.

Pensando al Gand., morto 8 giorni prima ed al beneficio ottenuto su lui dall'etere, inietto nel cavo peritoneale 30 cmc. di etere (ore 9 del 29 novembre): 1ª iniez. Dopo circa 5' l'infermo sbarra gli occhi, le pupille si dilatano enormemente ed egualmente, il corpo si irrigidisce, il respiro si arresta, areflexia cornea, congiuntivale ed alla luce; l'infermo non risponde neanche chiamandolo ad alta voce, non avverte dolore alla rude puntura collo spillo in qualsiasi punto del corpo, il ventre è enormemente gonfio, teso, risuona come tamburo. Dopo circa 20' l'infermo diviene rosso acceso nel viso e pel corpo, suda profusamente, dorme sino alle ore 14 (5 ore di sonno profondo continuato); alle ore 14 si sveglia spontaneamente, chiede e prende, come da ordini, un cordiale.

Alle ore 18, dopo circa 9 ore di sonno tranquillo, continuato, si sveglia; orina abbondantemente; va di corpo; è cessato il vomito ed il singhiozzo; non accusa dolori spontanei al ventre, il quale è modicamente meteorico, palpabile. L'infermo si nutre.

30 novembre; ore 9 a. 2ª iniezione endoperitoneale di etere, di circa 40 cmc. Si ripete il quadro di ieri a tinte meno forti; sonno continuato, profondo, di 5 ore.

1° dicembre; ore 9 a. 3ª iniez. etere nel cavo peritoneale, preceduta da aspirazione di pus, finchè ne viene. Quadro come ieri a tinte ancora meno accentuate; il sonno profondo dura 3 ore; stato generale migliorato; l'infermo sta semiseduto sul letto (spontanea posizione del Fowler) e fa conversazione. Diminuisce il numero delle scariche alvine diarroiche ed il quantitativo fecale di ogni scarica. La febbre è docresciuta da 39° a 37°.6.

2 dicembre. L'inf. va sempre migliorando; è di buon umore; si muove in ogni senso spontaneamente sul letto (V giornata di degenza all'Ospedale); respiro e polso normali; temperat. quasi afebbrile. Ore 9 a. iniez. 4ª di etere nell'addome, 20 cmc. Dopo circa 20' l'infermo dorme; ventre meteorico, teso, per gas di etere. Alle ore 11 si sveglia spontaneamente, si nutre; il ventre è tornato a volume normale. Il malato giunge a notte senza dormire; umore gaio; non accusa dolori; ventre normale, palpabile in ogni regione.

3 dicembre; ore 9 a. iniez. 5ª di etere, nel cavo addom.; 30 cmc.; ultima iniez. Dorme di un sonno non troppo profondo, con anestesia tattile e dolorifica di tutto il corpo; midriasi a pupille enormemente ed egualmente dilatate, areflexia cornea, congiuntivale, pupillare; rossore modico; sudore profuso. Dopo 3 ore si sveglia, si nutre; dolori colici, diarrea.

24 dicembre. È andato sempre migliorando; ha preso laudano, olio biondo di fegato di merluzzo, preparati ferroarsenicali, nutrizione adeguata alla sua condizione sociale. Si è discretamente rimesso in carne. Esce guarito in 36ª giornata di degenza e 46ª di malattia.

Agosto 1922. Gode ottima salute; lavora da contadino e la fatica non gli è grave.

3° malato. — Luc. Gina, a. 11., contadina, entra nell'Osped. il 24 agosto 1921, in VII giornata di malattia, in condizioni gravissime.

Diagnosi: enteroperitonite acuta purulenta diffusa.

Esame obiettivo: la bimba ha fredda la pelle del corpo; le mani fredde danno alla pal-

pazione quello speciale senso di rilasciamento osseomuscolare proprio dei preagonici; il termometro segna (ore 13) 38°.6 all'ascella; decubito dorsale obbligato; subcianosi e pallore del viso atteggiato ad estrema angoscia, occhi bistrati, sgranati, in movimento continuo di vigilanza su chi è intorno a lei, testa in oscillazioni ritmiche laterali come usano i bimbi per sopportare il dolore, bocca chiusa perchè un grido, una parola esasperano le sofferenze addominali; la bimba parla con gli occhi e accennando del capo; le mani e le braccia sono pure in movimento sul letto; respiro toracico superiore, superficiale, regolare; polso piccolo, regolare, frequente, vuoto, in certi momenti è impalpabile sul braccio viscido del sudore preagonico, e solo la mano sulla regione del cuore avverte attraverso il torace magro le pulsazioni; voce afona; corpo immobile, arti inferiori retratti, addome meteorico, fisso, immota la parete anteriore, dolente spontaneamente, impalpabile pel dolore. Diarrea, vomito, singhiozzo. La puntura esplorativa estrae dall'addome, pus colore latte e cioccolatto, fetidissimo come e più che uova fradicie; orine scarse, rosso marsala, limpide, non albumine, non riduzione del Nyländer, enorme q. indacano. In pieno accordo col chirurgo primario dell'Ospedale si dichiara inoperabile la malata che, del resto, sembra stia per spirare.

24 agosto, ore 17, iniezione 1ª endoperitoneale di etere XX cmc. L'inferma dopo 3' sbarra gli occhi; il volto assume la mimica di reazione ad una colica violenta; il corpo si irrigidisce; dopo 2' la bimba cade all'istante in sonno profondo. Chiamata ad alta voce non risponde; è pallida, rilasciata, occhi sbarrati, midriasi spiccata a pupille eguali; areflexia cornea, congiuntivale, pupillare; la bimba non respira, sembra morta. Dopo ancora 5' ad un tratto diviene rosso scarlatto, si affanna, l'alito sa di etere, il rossore scende dal viso al corpo, un sudore profuso imperla la fronte; la bimba gronda ben presto da tutta la pelle; l'alito ha spiccato odore di etere; addome gonfio, duro, suona a tamburo anche sulla regione epatica. Non turgore delle giugulari anche qui come nel malato 2° e non cianosi delle labbra, delle gote. Ore 21: ancora dorme (4 ore dalla iniezione); ma il sonno è calmo; chiamata ad alta voce e vicino al volto, apre gli occhi e li richiude subito pesantemente. Non si lamenta; forse non avverte dolori addominali neanche alla palpazione; addome trattabile, scarsamente meteorico. Ore 24, si sveglia (7 ore di sonno continuato, profondo); si nutre come da ordini lasciati.

25 agosto. Sta meglio di aspetto. Addome trattabile senza dolori spontanei o provocati. Ore 10, iniezione 2ª endoperitoneale di etere 30 cmc. Si ripete il quadro terrificante di ieri, forse un poco attenuato di tinte. Il sonno dura 5 ore profondo. Si nutre. Diuresi discreta; orina giallo rosso, limpida, non albumine, moltissimo indacano, non riduzione del Nyländer. Le scariche diarroiche vengono corrette da generose dosi di laudano.

26 agosto. Assai migliorata di aspetto e di umore. Il pus estratto con la siringa non è fetido. Ore 10 iniezione 3ª di 30 cmc. Quadro solito ma a tinte meno forti. Ore 14 si sveglia (4 ore di sonno profondo); si muove spontaneamente sul letto, cambia spesso posizione.

27 agosto. Molto sensibile miglioramento. La bimba non accusa dolori al ventre che è anche palpabile. Ore 10, iniezione 4ª di 35 cmc. etere.

1 settembre. Dopo qualche giorno di stato generale buono, oggi ad un tratto sono ricomparsi i dolori di ventre e la febbre. Ore 10 aspirazione con la siringa di circa 100 cmc. di pus color latte e cioccolatto, di nessun odore. Iniezione 5ª di etere 30 cmc. e di 10 cmc. siero normale di cavallo (Istit. Sieroter. milanese Belfanti). Quadro solito. Sonno tranquillo. Ore 13 si sveglia; si nutre.

2 settembre. Ore 9, aspirazione dall'addome con la siringa, di pus inodore e di aspetto fisico come quello di ieri. Iniezione 6ª di etere 30 cmc. e 20 cmc. siero nor. cav., nel cavo peritoneale. Quadro solito, sempre più attenuato; sonno profondo, tranquillo. Ore 13 (4 ore di sonno) si sveglia, si nutre; ottimo umore; ride, folleggia sul letto cambiando spesso posizione.

7 settembre. Ore 11 spontanei dolori colici sorprendono l'inferma nel più augurale benessere. Empiema necessitatis spontaneo, attraverso il quale esce dalla vagina abbondante pus di color crema cioccolatto, non fetido. Stato generale discreto; nutrizione buona; umore gaio; vivacità. La bimba ride, fa lunghe conversazioni ad alta voce coi famigliari; dorme poco.

12 settembre. È andata sempre migliorando; quasi ogni giorno ha emesso pus dall'empiema. Cammina da sola. Esce in buone condizioni generali in 19° giorno di degenza nell'Ospedale e 26° di malattia.

Agosto 1922. Gode ottima salute. Il 25 ottobre 1921, nel più completo benessere fu assalita da coliche ed emissione di pus dalla vagina. Dopo poche ore tornò a stare benissimo.

4° malato. Mart. Nazzareno, a. 15, contad. Entra di urgenza nell'Ospedale il 4 settembre 1921 in 6ª giornata malattia. Versa in condizioni gravissime.

Esame ob.: giovane congenitamente ottuso di mente, robusto di fisico, ora scaduto per autofagia, vomito, anoressia, febbre alta. È pallido. Orina giallo rossa, non albumine, non riduzione del liq. Nyländer, moltissimo indacano. Diagnosi: Peritonite acuta diffusa purulenta; enterite colliquativa secondaria. Versa in condizioni così gravi che è giudicato dal chirurgo prim. dell'Ospedale e da me, inoperabile. Praticò iniezioni sottocutanee di olio canforato; bagni generali caldi; laudano; cordiali; vino; cura sintomatica; iniezioni di morfina; ghiaccio sul ventre; calmanti del vomito. Le scariche diarroiche diminuiscono di numero e di quantitativo.

14 settembre. Non migliorando l'infermo, tento la cura all'etere. Ore 9, iniezione 1ª nel cavo peritoneale, di 30 cmc. di etere; dopo aspirato pus fetido; siamo in 16ª giornata di malattia e in 10ª di degenza nell'Ospedale. L'infermo urla subito, bestialmente, accusando forte dolore epigastrico e cade subito in sonno profondo ripetendo il quadro impressionante descritto pel malato n. 3. Il ventre si gonfia assumendo volume enorme; ovunque suona come tamburo; non cianosi del viso; non turgore delle giugulari; priapismo; l'alito sa fortemente di etere. Ore 13 si sveglia (4 ore di sonno profondo con anestesia sensitivo-senso-

riale generalizzata), si nutre; cessato vomito e singhiozzo; si riaddormenta e dorme fino alle ore 19 (altre 5 ore di sonno profondo). Ore 20, addome abbiosciato, non dolente neanche alla palpazione; diarrea diminuita nonostante che l'infermo da 24 ore non prenda laudano.

15 settembre. Sta assai meglio; discreta quantità di liquido libero nel cavo addominale. Addome palpabile; non dolori. Ore 10, aspirazione di pus dal cavo addom. con la siringa e successiva iniezione 2ª di etere 30 cmc. Si ripete l'urlo bestiale pel dolore epigastrico e la caduta in sonno profondo dopo 5'. Il quadro si svolge come ieri a tinte però meno fosche. Singhiozzo; priapismo durante tutto il sonno; sudore profusissimo dalla pelle divenuta rossa; diarrea abbondante. Ore 14 si sveglia (4 ore di sonno), prende laudano e cordiali. Ore 15 si riaddormenta; ore 18 si sveglia (3 ore di sonno), si nutre. Passa dormendo tranquillo tutta la notte.

16 settembre. Stato generale assai migliorato, L'infermo si muove così liberamente sul letto che ci vuole grande pazienza persuasiva per fargli, ore 10, la 3ª iniezione endoperit. di etere preceduta dalla solita aspirazione di pus, inodore. Solito urlo; sonno ed anestesia gener. come ieri, ma meno spiccati. Alito di etere sino alle ore 12. Ore 14 si sveglia, è intontito, si nutre; dorme dalle 15 alle 19. Notte tranquilla.

27 settembre. Da 7 giorni si alza di letto, cammina. Stato generale discreto. Ragioni economiche lo obbligano a continuare la convalescenza in casa.

Novembre 1921. Dopo malattia acuta, breve, che dal racconto dei parenti non so precisare, muore.

In questo malato nonostante l'intervento tardo (in 16ª giornata di malattia), si ebbe guarigione sollecita con le iniezioni endoperitoneali di etere.

SCHEMA RIASSUNTIVO DI QUESTE STORIE CLINICHE.

1° malato. Gaud. Aug., anni 54, contadino. Entra nell'Ospedale 13 novembre 1920; in 5ª giornata di malattia. Una sola iniezione di etere, muore all'Ospedale il 19 novembre 1920; in 12ª giornata di malattia e 7ª di degenza.

2° malato. Andr. Gius., anni 40, contadino. Entra nell'Ospedale 28 novembre 1920: in 10ª giornata di malattia. 5 iniezioni di etere. Esce dall'Ospedale 24 dicembre 1920; guarito; in 46ª giornata di malattia, e 36ª di degenza.

3° malato. Luc. Gina, anni 11, contadina. Entra nell'Ospedale 24 agosto 1921; 7ª giornata di malattia. 6 iniezioni di etere. Esce dall'Ospedale 12 settembre 1921; 26ª giornata di malattia, 19ª di degenza; guarita.

4° malato. Mart. Nazar., anni 15, contadino. Entra nell'Ospedale 4 settembre 1921; 6ª giornata di malattia. 3 iniezioni di etere. Esce guarito 27 settembre 1921, in 28ª giornata di malattia, 23ª di degenza.

STORIA DELL'USO DELL'ETERE NELLA CHIRURGIA ADDOMINALE. — Per averne una idea esatta leggansi due ottime pubblicazioni qui riportate nella Letteratura, quella cioè del Fantozzi e quella dello Scontrino. A me basti ricordare che il Morestin (l. c.) pel 1° nel 1913 comunicò alla Società di Chirurgia di Parigi un caso di peritonite acuta purulenta in stato non avanzato, trattato con laparotomia, lavatura del peritoneo con etere, prosciugamento, sutura con drenaggio, guarigione.

Soligoux (l. c.) in un caso disperato di occlusione intestinale, perforazione del ceco, peritonite secondaria, lavò il cavo addominale con etere, riparò la perforazione del ceco; sutura; guarigione.

Auvray in un caso simile versò 1 litro di etere nel cavo addominale pel lavaggio peritoneale; prosciugamento; sutura; guarigione senza inconvenienti.

Seguono discordi pareri per altre numerose laparotomie (sepsi peritoneale; rotture di salpingi suppurate, ecc.). Non mi è noto che altri abbia fatto iniezioni di etere nel cavo peritoneale.

TECNICA DELLE INIEZIONI DI ETERE NEL CAVO PERITONEALE. — La tecnica è quella comune alla puntura esplorativa dell'addome, puntura che precede la iniezione per accertamento diagnostico e per studio batteriologico e citologico del pus. Fit fabbricando faber; solo l'esperienza rende sicura la tecnica. Per disinfettare la pelle, ove l'agocannula passerà, uso l'alcool da ardere modificato secondo insegna il Cignozzi (l. c.) e non la tintura di iodio insopportabile al peritonitico la cui pelle è iperestesica per riflesso viscero-sensitivo. Del resto in nessuna occasione uso la tintura di iodio, alcoolica o benzinica, perchè nociva per le screpolature e per le estese sbucciature dell'epidermide. Già Bruns e Haegler avevano dimostrato che l'alcool è buon disinfettante della pelle; ma il Landerer, il Neüber, il Mikulic consigliarono ed usarono la tintura di iodio che poi fu di nuovo dal Grössich rimessa in voga e dallo Schiassi modificata diluendola. Fatta la puntura esplorativa, aspirato o no il pus dal focolaio peritonitico o di raccolta purulenta, si lascia in situ l'agocannula e con la stessa siringa si inietta l'etere. Non c'è bisogno di anestesia locale o generale. Usai l'etere comune da anestesia generale (C. Erba), il così detto Etere solforico, o, etilico, o, ossido di etile. Buona pratica è fare la 1ª iniezione di pochi cmc. (10-15) e crescere nelle successive; una iniezione ogni 12-24 ore secondo la gravità del caso.

Ho in corso di studio un sistema per procurare rapida filassi eterica al peritonitico prima di iniettare nell'addome l'etere, onde rendere il quadro meno imponente dopo la iniezione e così il metodo meglio usabile anche nella pratica privata.

(Continua).

NOTE E COMMENTI.

OSPEDALE SAN ROCCO - GALLIATE (NOVARA).

Su un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace artificiale.

Dott. GIAN FRANCO CAPUANI.

La nota su un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace Forlanini del dottor Balsamo, pubblicata nel fascicolo 13 di questa rivista, richiama l'attenzione sopra un particolare del quale sinora da noi si è tenuto poco o nessun conto. Si tratta del pericolo inerente alla **manovra** della spremitura consigliata da Forlanini per cercare di disotturare l'ago quando nel corso dell'introduzione mancano le oscillazioni manometriche.

Lo scopo primo per il quale il Forlanini (1) aveva consigliato la *manovra della spremitura* era di vincere le aderenze pleuriche, per forzarne il distacco e iniziare il pneumotorace con una piccola bolla che poi ingrandiva con le pressioni di azoto trasmesse direttamente dall'apparecchio. In seguito se ne servì per disotturare l'ago e sulla sicurezza del metodo così si esprimeva nel 1911:

« Quanto a me della sicurezza e utilità del metodo sono convinto, oltre che per argomenti teorici e sperimentali, anche per l'esperienza fattane. Da oltre due anni io ne faccio uso larghissimo, quotidiano, perchè esso è il miglior mezzo per la disostruzione dell'ago, dopo introdotto nel torace, negli atti di rifornimento (notisi che l'ostruzione è assai facile e frequente, con aghi sottili come quelli di cui mi servo); e non ebbi mai ad osservare *il benchè menomo incidente* ».

Gia due anni prima però il Saugmann (2) per ovviare all'inconveniente dell'otturazione dell'ago che egli aveva osservato troppo di frequente ideava un ago speciale simile a un trequarti Potain ma a cannula sottilissima (n. 3 Charrière) entro cui si può far correre uno stiletto ogni qualvolta l'ago sia obliterato. Il calcio dell'ago è costituito da una cannula lunga circa cm. 4 e biforcata. Una branca di questa biforcazione rappresenta la continuazione diretta dell'ago ed è munita di rubinetto; l'altra si diparte da questa secondo un angolo di 45° in un punto intermedio fra l'ago e il rubinetto. In via normale il rubinetto è chiuso e la comunicazione tra gli apparecchi e il cavo pleurico avviene per la branca laterale a cui si può anche adattare, volendo, la siringa di sicurezza di Forlanini: avvenendo la obliterazione dell'ago si apre il rubinetto della cannula diretta e vi si fa passare il mandrino, con che si ristabilisce la pervietà; questo mandrino deve essere così piccolo da non funzionare da stantuffo, altrimenti nel ritorno richiamerebbe con l'aspirazione nell'ago frammenti solidi che possono ostruirlo di nuovo.

A tale comunicazione rispondeva il Forlanini (3) ritenendo buona la modificazione pur obbiettando che l'istrumento appariva delicato, costoso, di difficile sterilizzazione, di calibro troppo grosso se doveva contenere un mandrino e insistendo sulla manovra della spremitura.

Il metodo dell'ago di Saugmann si è però imposto subito all'estero e dopo varie vicende con le modificazioni di Schmidt e P. Courmont è divenuto il *perforatore di Kuss* quasi ovunque ed esclusivamente usato fuori d'Italia dove invece preferiamo per comprensibili ragioni di scuola, di abitudine e di orgoglio nazionale, attenerci agli aghi di Forlanini. Nè che io sappia si trova da noi in commercio; fabbricato dal Collin (Parigi) consta di un perforatore per la prima introduzione, e un ago per i rifornimenti. Il perforatore è composto di una cannula provvista di foro terminale e di foro laterale e che può ricevere sia un trequarti sia un mandrino che però invece di essere completamente cilindrico presenta sulla lunghezza un appiattimento che forma con la cannula un piccolo canale suscettibile di far comunicare l'occhio laterale della cannula con l'azoto. Girando il mandrino di mezzo giro si chiude o si apre la comunicazione di questo canale con l'occhio della cannula.

Il perforatore si introduce dapprima con il trequarti, poscia applicando il mandrino può funzionare da disotturante, da cannula per introduzione e volendo anche da siringa di sicurezza. L'ago per i rifornimenti è eguale ma di calibro più piccolo e lungo tre centimetri. Si tratta presso a poco, come si vede, del sistema usato dal prof. Cocci.

Questi riferisce di aver osservato tre casi di embolismo grave in seguito alla manovra della spremitura e l'osservazione sua è tanto più interessante in quanto trova piena conferma in altre fatte da autori stranieri mentre da noi, che io sappia, non è mai stato segnalato nulla di così grave.

Nella clinica di Forlanini e in quella di Morelli la manovra della spremitura è sempre stato un particolare di tecnica di uso corrente, quotidiano, e in migliaia di rifornimenti non si è sentita la necessità di tralasciare tale pratica perchè avesse cagionato troppo frequenti o gravi incidenti.

Viceversa tale pratica è ritenuta dannosissima da Piéry e Le Bourdellès (4) cosicchè il Bertier (5) nel recente volume sulla tuberco-

losi parlando del modo di disotturare l'ago accenna solo all'uso del mandrino e non nomina neppure la manovra della spremitura. Chi meglio di ogni altro ha messo in evidenza gli incidenti derivanti dalla spremitura sono Dumarest e C. Murand (6). Nel sanatorio Grand Hôtel di Leysin lo Jacquerod (7) ha un sacro terrore della spremitura; e può darsi che qualche incidente occorsogli in seguito a tale pratica abbia contribuito a dargli quel costante pessimismo da cui è sempre gravato pur continuando su larga scala il trattamento pneumotoracico.

Della stessa opinione è pure il Burnand (9) che nella sua qualità di direttore di uno dei più grandi sanatorî ha una statistica copiosissima. « Sopra migliaia di rifornimenti, egli scrive, noi non abbiamo avuto neppure un caso solo di morte, nè di accidenti realmente gravi dovuti sia a riflesso pleurico, sia a embolia gassosa. Noi abbiamo osservato un certo numero di sincopi che facevano temere per qualche minuto un esito letale. I malati si sono però ripresi. E dopo che noi abbiamo *rinunciato sistematicamente alla manovra della spremitura dell'ago*, metodo che una volta era assai raccomandato, noi non abbiamo più avuto alcun incidente di questo genere ».

Da quanto ho esposto balza subito agli occhi la stranezza di questo fatto che mentre ad alcuni autori gli incidenti per spremitura dell'ago sono occorsi frequenti e gravi ad altri da noi non è mai successo nessun incidente. Personalmente uso tale manovra da anni senza mai aver avuto a lamentare inconveniente di sorta.

***

Riconosciuta a ogni modo l'importanza della cosa, e ammettendo che la manovra della spremitura possa essere così dannosa, dobbiamo pure ammettere che il sistema dell'ago con mandrino come si usa all'estero con gli aghi di Kuss e come assai praticamente ha improvvisato il prof. Cocci non rappresenta l'ideale della tecnica.

Per persuadercene basta che l'operatore in occasione di un'introduzione sospesa per impervietà dell'ago, estragga l'ago, introduca il mandrino dalla parte del calcio per esaminare il frustolo di tessuto che otturava l'ago. Noi che siamo così scrupolosi in pneumoterapia da pretendere che l'azoto sia filtrato e che tutto il materiale sia sterilizzato come possiamo concepire ed ammettere di poter senza danno introdurre nel cavo pleurico un pezzetto visibile a occhio nudo di tessuto cutaneo con i germi patogeni facilmente in esso annidati? Possiamo forse fare affidamento sulla disinfezione ottenuta con la tintura di iodio? No di certo; ed allora come possiamo pretendere che nel corso di anni (durante i quali dura la cura) questa pratica di far cadere nel cavo pleurico dei frustoli di tessuto non abbia a favorire l'insorgere di essudati non fosse altro che come causa occasionale? Si badi che una volta su cinque l'ago si ottura e si pensi al grande numero di rifornimenti che un malato deve fare.

Cosicchè se la spremitura dell'ago è apparsa praticamente così dannosa ad alcuni autori io penso che per la manovra del mandrino ci sia una altrettanto grave pregiudiziale teorica.

Una obbiezione si potrebbe qui fare alla manovra della spremitura e cioè questa: che con essa respingiamo e facciamo cadere nel cavo pleurico il frustolo che ostruisce l'ago allo stesso modo che con il mandrino.

In realtà le cose non vanno così: con la spremitura possiamo esercitare una pressione relativa assai inferiore a quella del mandrino. La pressione di aria disostruisce l'ago se è otturato da un liquido, da un po' di sangue, mai se si tratta di un frustolo solido; infatti molte volte la manovra non ottiene l'effetto e l'ago si deve estrarre. Ora il sangue è sterile e se anche una goccia cade in cavità non è dannosa come il frustolo cutaneo che non può esssere rimosso dalla sola spremitura.

***

Io credo che il miglior trattamento per ovviare all'otturazione dell'ago sia il profilattico: usare aghi bene affilati. Bisogna che l'operatore abbia per gli aghi una cura tutta speciale. In occasione di ogni rifornimento ogni ago che si otturi o che non penetri facilmente va messo da parte e affilato; prima di disporre gli aghi per la sterilizzazione vanno ripassati con attenzione.

Per l'affilatura possono servire i metodi che servono per affilare i rasoi: ma si finisce per rigare le pietre. Ottima cosa è prepararsi una pasta composta di colofonia e smeriglio finissimo fusa a caldo e lasciata solidificare in stampo. Su di questa pasta cui si aggiunge al momento dell'uso un poco di olio vanno passati gli aghi controllando il risultato con l'osservazione fatta con una lente.

Volendosi invece cambiare istrumentario meglio è adottare aghi con apertura terminale e laterale uso Saugmann ma senza mandrino, oppure gli aghi di Bönniger (8) chiusi sebbene taglienti in punta e aperti lateralmente.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Rivista delle pubblicazioni sul *Pneumotorace Terapeutico*, n. 16, gennaio 1912.

(2) SAUGMANN (Vejlefjord). *Eine verbesserte Nadel zur Pneumothorax bildung*. Zeit. f. Tuberc., Bd. 14, H. 2.

(3) *Pneumotorace terapeutico*, n. 5, giugno 1909.

(4) PIÉRY e LE BOURDELLÈS. *Les résultats cliniques de la cure de Forlanini*. Gazette des Hôpitaux, n. 2, 1913. — LE BOURDELLÈS. *Traitement de la tbc. pulmonaire par le pneumothorace artf*. Lyon, 1911.

(5) BERTIÈR. *Traitement mécanique et chirurgical de la tbc. in Sergent Ribadeau-Dumas-Babonneix*.

(6) DUMAREST. *Le pneumotorax thérapeutique, la conduite de la cure, ses complications, ses résultats*. Journal Médical Français, 25 juin 1912, n. 6. — DUMAREST e C. MURARD. *La pratique du pneumothorax thérapeutique*. Masson et C.ie, Paris, 1919.

(7) JACQUEROD. *Indications du pneumotorax artificiel*, pag. 285, in « Etudes sur la tuberculose » (5ª Serie), par les médecins de la Station de Leysin, pag. 287.

(8) BÖNNIGER (Berlin). *Zur technik des Künstliche Pneumothorax*. Berliner Med. Wochenschrift, n. 35, 1912.

(9) M. R. BURNAND. *Etudes sur la tuberculose*, pag. 183. Masson, 1922.

Contributo alla tecnica del pneumotorace Forlanini

per il dott. S. PULVIRENTI
aiuto medico degli Ospedali Riuniti di Roma.

Nel fasc. 13 di questa « Sezione pratica » è apparsa una nota del dott. M. Balsamo, dal titolo « Per un particolare di tecnica nella cura del pneumotorace Forlanini », che non sarà sfuggita a quanti si occupano dell'argomento.

Il particolare riferito dall'A., da lui usato da circa 2 anni, consiste in ciò: che l'ago viene infisso nella parete toracica munito di stiletto o mandrino, e libero, cioè non ancora innestato al tubo di gomma; che, approfondito l'ago sino al cavo pleurico, si imprimono al mandrino dei movimenti di va e vieni, in modo da assicurarsi della pervietà dell'ago; che solo allora, ritirato il mandrino, si innesta all'ago il tubo di gomma, e quindi si procede, come di solito, all'introduzione del gas nel cavo pleurico.

Con tale metodo si evita che il lume dell'ago resti intasato da sangue e da frustoli di tessuto, penetrativi mentre l'ago perfora la parete toracica. Tale tecnica può sostituire perciò con vantaggio quella classica, cioè la ben nota manovra della « spremitura del tubo di gomma », consigliata dal Forlanini appunto per disostruire l'ago; manovra spesso inefficace, e talora pericolosa, perchè seguita da gravi accidenti, anche mortali (embolie).

L'A., dopo aver descritto nei suoi dettagli il procedimento da usarsi, conclude dicendo: « non sappiamo se altri prima di noi abbia adoperato e illustrato questo particolare di tecnica; certo che non è noto nè usato correntemente; per la sua semplicità utilità e innocuità ci è sembrato degno di interesse renderlo noto e raccomandarlo ».

Non per vane rivendicazioni, chè non mi pare sia il caso, ma per portare il contributo della mia esperienza, mi sia lecito di ritornare sull'argomento.

Premetto che da parecchi anni (dal 1915) anch'io adotto la stessa tecnica, a cui sono arrivato senza altro suggerimento che quello della pratica. Anch'io ho cominciato col seguire il procedimento classico, ed ho presto riconosciuto che poteva vantaggiosamente essere sostituito dalla tecnica suddescritta, che non ho più da allora abbandonata. Io credo che, come a me e all'A., sia successo a molti altri. Aggiungo che, per quanto a me risulta, già da parecchi anni, da molti di quelli che negli Ospedali di Roma praticano il pneumotorace, viene seguita una tecnica analoga.

Detto ciò per amore di verità, io convengo con l'A. nell'utilità di far conoscere ciò al pubblico medico, a mezzo di questa Rivista di così larga diffusione; tanto più in quanto in monografie anche recenti non se ne fa cenno, mentre si riporta e consiglia il metodo originario del Forlanini. Trovo anzi opportuno, a vantaggio di quelli che si accingono ad impratichirsi della tecnica del pneumotorace, di aggiungere qualche altro particolare di tecnica, che la mia esperienza mi ha dimostrato di grande utilità.

Intanto io non ho che a confermare, in base alla mia esperienza, l'innocuità dell'entrata di qualche poco di aria atmosferica, nell'istante in cui, levato il mandrino, si passa ad innestare all'ago il tubo di gomma. L'entrata dell'aria, in quanto contiene oltre all'azoto dell'ossigeno, non può preoccupare, dato che, com'è noto, è stata perfino sostituita da alcuni al semplice azoto nella produzione del pneumotorace. L'essere l'aria non filtrata, e perciò contenente germi, teoricamente potrebbe nuocere; in pratica non credo bisogni troppo preoccuparsene. Si sa infatti che la carica di germi patogeni dell'aria è minima, e può essere anche nulla in ambienti adatti; e d'altra parte la chirurgia espone all'inquinamento dell'aria le grandi sierose (peritoneo), praticamente senza notevoli inconvenienti. Ciononostante, è necessario che l'inconveniente sia ridotto alle minime proporzioni, e ciò si otterrà facilmente facendo tenere da un assistente la estremità del tubo vicino all'ago, ed operando

con la massima sveltezza e con altri accorgimenti di cui si farà cenno.

Per rendere pronto ed agevole l'innesto del tubo all'ago, io consiglio la scelta di un adatto tubo di gomma; esso deve essere di calibro adatto, a parete sottile e molto elastica. Occorre provarlo e trovarlo adatto, prima di procedere alla puntura della parete toracica; si eviterà così ogni spostamento, sopratutto in profondità, dell'ago già introdotto; il che può portare a spiacevoli contrattempi nei casi di prime introduzioni.

Riguardo alla scelta dell'ago, dirò che ho trovato sempre ottimo il ben noto ago originale di Forlanini, di medio calibro; se di buon acciaio, ben costruito e nuovo, esso perfora facilmente la parete toracica, nonostante la punta smussa.

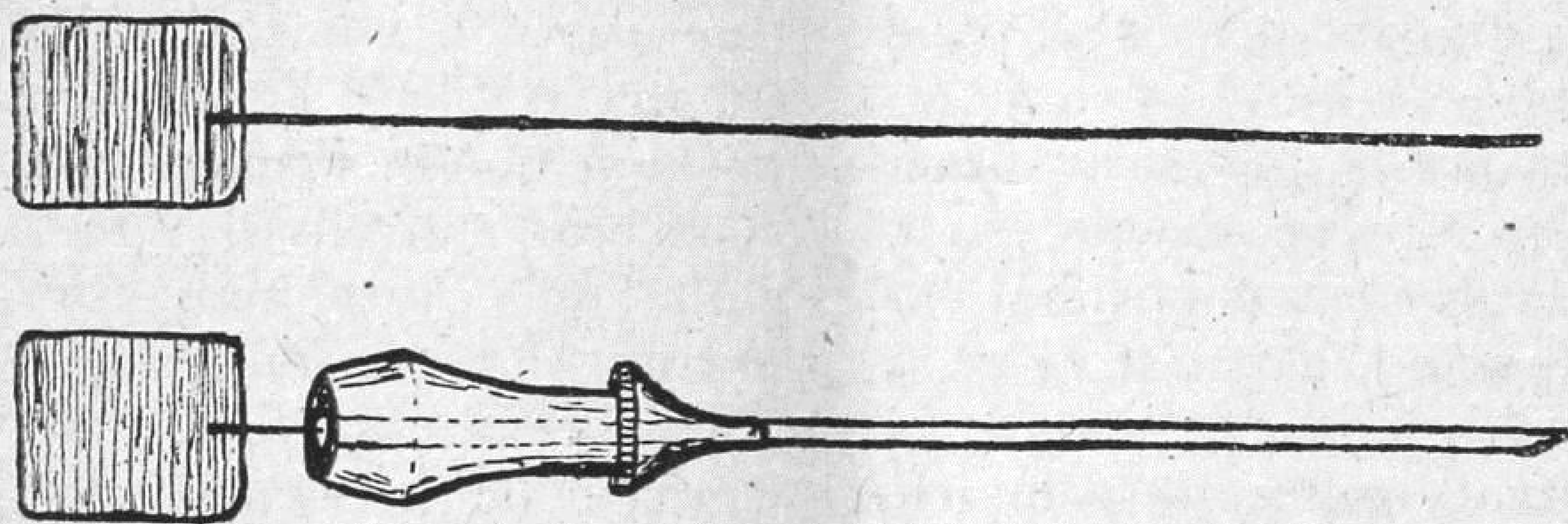
Lo stiletto o mandrino deve essere introdotto nel lume dell'ago fino ad affiorare, senza sporgere, all'orificio dell'ago; in questa posizione l'ago è pronto per la puntura della parete toracica. Per quanto il pericolo di ferire il polmone con lo stiletto sia piccolo, tuttavia io consiglio: di usare come stiletto o mandrino una setola di ottone, oppure una setola di acciaio prima stemprata alla fiamma e resa quindi pieghevole; di limare la punta dello stiletto per renderla smussa; di non spingere lo stiletto oltre l'orificio dell'ago, nella manovra di va e vieni, altro che per pochi millimetri.

Usando uno stiletto ben dritto e di calibro adatto, in modo che scorra facilmente nel lume dell'ago, esso funzionerà da ottimo specillo, e si potrà così bene apprezzare se la punta sporge liberamente nel cavo pleurico o se invece urta contro un ostacolo. In tal caso si giudicherà se l'ago non ha ancora perforato completamente la parete toracica, oppure si trova di fronte al polmone aderente alla parete, oppure ha perforato il polmone. Si pensi all'importanza dei rilievi che l'ago così munito di specillo può dare, sopratutto nei casi di prima introduzione e nei casi di polmone aderente.

Avviene talora che, levato il mandrino ed applicato il tubo di gomma, le oscillazioni del manometro non sono nette; occorre allora, lasciando l'ago in posto e tenendolo ben fermo, togliere il tubo di gomma e introdurre di nuovo il mandrino, ripetendo la manovra di va e vieni per disostruire meglio l'ago, oppure facendo avanzare o retrocedere l'ago, secondo i casi, fino a trovarsi esattamente tra polmone e pleura parietale. Ora, secondo la mia esperienza, con l'ago originale di Forlanini non si riesce facilmente e prontamente a riintrodurre il mandrino; si perde del tempo, entra dell'aria atmosferica attraverso l'ago, si rischia di spostare questo e di perdere i rapporti col cavo pleurico.

È perciò che io mi son fatto costruire da tempo un ago, che è in tutto eguale a quello del Forlanini, ma la cui impugnatura, all'interno, anzichè cava è piena, e porta solo un piccolo canale che prolunga all'esterno il lume dell'ago. Riesce così facilissimo di riintrodurre il mandrino nel lume dell'ago. Particolare a cui la pratica mi ha fatto attribuire grande importanza.

Nell'ago da me usato, il mandrino è costituito da una setola di ottone, con punta bene smussa, al cui estremo libero è saldata una



placchetta di ottone, che serve bene per tenerlo tra pollice ed indice. Quando il mandrino infilato nell'ago è nella posizione giusta, e cioè la sua punta affiora all'orificio dell'ago, la placchetta dista 5 mm. dall'impugnatura dell'ago. Si può così facilmente, ad ago già infisso, riintrodurre il mandrino e riportarlo nella posizione esatta, per ripetere la manovra di va e vieni; nè può avvenire di spingerlo troppo fuori della punta dell'ago. L'uso della placchetta è vantaggioso, in quanto fa percepire meglio le resistenze incontrate dal mandrino, quando lo si adopera come specillo.

Dopo quanto si è detto, non credo necessario di riassumere quali sono i vari tempi della tecnica consigliata; ognuno con la guida di queste note sarà in grado di provarla, se non la conosce, o di perfezionarla, munendosi del tipo di ago più adatto.

Ritengo che quanto sopra si è detto interesserà i colleghi che si accingono a impratichirsi della tecnica del pneumotorace.

Roma, 30 marzo 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

SIERI E VACCINI.

La natura delle reagine luetiche e le cause di errore nella reazione di Wassermann.

(N. PIETRAVALLE. *Annali d'Igiene*, ag. 1922).

Non è da oggi che le basi teoriche della reazione di Wassermann vengono discusse e si tende a vedere in essa non più una conferma della teoria di Ehrlich, ma una serie di fenomeni che seguono esclusivamente le leggi fisico-chimiche. La questione non ha soltanto importanza speculativa, ma anche pratica, sia indicando le cause di errore, sia fornendo spiegazione ai risultati contraddittorî che si verificano anche nelle mani di abili sperimentatori.

L'A. esamina il problema sotto un punto di vista affatto nuovo, sfuggito finora agli altri studiosi, che nella reazione di Wassermann hanno considerato soltanto i colloidi (proteine e lipoidi), trascurando gli elettroliti, i sali, che debbono invece avere una parte preponderante, in quanto che è proprio per opera di questi che i colloidi, sostanze di per sè inerti, acquistano vita.

L'A. ha quindi intrapreso una serie di ricerche originali per isolare le diverse variabili del fenomeno. Ha rivolto dapprima l'attenzione al cloruro di sodio, a cui si attribuisce generalmente la funzione di isotonizzare i liquidi, ed ha preparato soluzioni isotoniche con sostanze non elettroliti, p. e., con lo zucchero; orbene, con quest'ultimo l'emolisi non avviene, mentre si ristabilisce non appena si aggiunge una certa quantità di cloruro di sodio. Anche la concentrazione di questo non è indifferente rispetto alle emolisi, la quale è in ragione inversa della concentrazione e, passato un certo limite, è completamente inibita. Ne viene il corollario pratico di titolare sempre l'emolisina quando non si è sicuri di adoperare cloruro di sodio puro ed anidro e quando si usano le emolisine del commercio, non sempre preparate con soluzione fisiologica allo stesso titolo. Al cloruro di sodio si possono sostituire altri sali metallici senza turbare la reazione; con alcuni però (sali di rame, alluminio, oro), anche a dosi minime si può trasformare in positiva una reazione di Wassermann negativa, ciò che addita la estrema cura che si deve avere di non usare provette che vengono adoperate anche per reazioni chimiche.

Tale azione viene anche esercitata da sali neutri di metalli alcalino-terrosi; l'azione ostacolante cresce dal magnesio al calcio, al bario, allo stronzio, che ostacolano tutti a minime dosi l'emolisi. Ora il magnesio ed il calcio sono componenti normali del siero di sangue; l'A. intuì quindi che fossero aumentati nel siero del soggetto luetico e che non fossero estranei alla inibizione dell'emolisi e procedette al dosamento di essi nei sieri sifilitici. I risultati confermarono pienamente le previsioni; di fatto *nel siero luetico il calcio si trova in quantità* 15-20 *volte maggiore che nel normale;* l'aumento rientra nei limiti che l'A. ha riscontrato sufficienti per ostacolare l'emolisi.

Come per la Wassermann, il calcio agisce in modo da trasformare in positive anche le altre reazioni proposte per la sifilide.

Anche l'influenza degli acidi e delle basi non va trascurata; l'A. di fatto ha potuto dimostrare che disturbano notevolmente la reazione; ora, va tenuto presente che la reazione del siero, oltre a non essere affatto anfotera, come ammettono ancora molti autori, subisce notevoli variazioni da un siero all'altro ed anche nello stesso siero per condizioni fisiche diverse; sieri negativi e positivi, conservati in ghiacciaia, danno dopo una settimana reazione di Wassermann del tutto opposta a quella primitiva; in tali condizioni i sieri erano diventati tutti alcalini; anche l'acidità può avere influenza, cambiando in negativa una reazione positiva.

Da queste osservazioni ed esperienze il meccanismo della reazione di Wassermann risulta chiarito. L'emolisina ed il complemento non sono *sostanze chimiche definite*, ma rappresentano una determinata *condizione dei colloidi del siero*. Avverrebbe la floculazione dei colloidi in seguito all'aumento notevole e costante del calcio, quale si ha nel siero luetico a Wassermann positiva; l'aumento del calcio nel sangue di altri malati (epilettici dopo l'attacco) spiega il fatto apparentemente paradossale di trovare in essi la R. W. positiva, come si ha talvolta anche nella rachitide, tubercolosi, ecc. L'azione del calcio può spiegarsi con modificazioni della reazione che esso induce, per cui si ha riduzione di acidità e viene così a mancare la concentrazione di idrogenioni necessaria perchè avvenga l'emolisi.

Da questo studio si ricavano anche dei corollarî pratici per l'esecuzione della reazione e cioè: saggiare la reazione dei sieri e neutralizzarli se occorre; non prolungare il riscaldamento a 55° oltre un quarto d'ora, altrimenti il siero può diventare alcalino ed aversi quindi falsati i risultati; premunirsi

contro errori accidentali con una estrema pulizia delle provette, che devono essere di vetro neutro.

A rigor di termini, secondo l'A., la R. W. potrebbe essere sostituita dal dosamento del calcio nel siero, ma tale ricerca esige una tecnica assai delicata ed una rilevante quantità di sangue, per cui è preferibile eseguire la R. W. fatta però con cura scrupolosa.

fil.

I vari tipi di pneumococchi in rapporto alla sieroterapia e alla vaccinoprofilassi.

(Rivista sintetica, *Gazzetta Ospedali e Cliniche*, n. 72, 1922).

Partendo dal concetto che nella polmonite umana, nella cui crisi è evidente la potente azione degli anticorpi che si formano nel decorso della malattia, dovesse avere successo una sieroterapia, Neufeld, Haendel, sperimentando giunsero alle seguenti conclusioni: l'azione del siero pneumococcico è legata a determinati rapporti quantitativi: tanto nella sepsi pneumococcica dei topi e dei conigli, quanto nella broncopolmonite sperimentale delle cavie, esso non agisce secondo la legge delle proporzioni multiple, ma secondo il grado della diluizione nell'organismo animale; al disotto di un certo limite di diluizione — valore di soglia — l'azione cessa del tutto. In base a tali calcoli, gli AA. calcolarono che per l'uomo occorresse del loro siero almeno la dose di 75 cc endovenosa al principio della malattia. Dato che di pneumococchi esistono più varietà gli AA. ritennero necessario che in ogni caso trattato col siero sia determinato l'agente e che siano sottoposti alla sieroterapia soltanto i casi con agente omologo.

La differenziazione dei pneumococchi in vari tipi in base alle reazioni immunitarie, costituisce il fondamento delle ricerche intorno alla sieroterapia, degli AA. americani (Rufus Cole, Avery, Chickering, Cole, Docher).

Gli AA. americani distinsero 4 tipi i quali però non hanno lo stesso valore: il tipo I è identico al pneumococco I di Haendel e Neufeld.

Il tipo II, il più frequente dei ceppi atipici, distinsero col nome di Franz.

Il tipo III corrisponde al pneumococco mucoso.

Il tipo IV non è uniforme, ma comprende tutti i ceppi che non risentono l'azione dei sieri immuni dei primi tre gruppi. I suoi rappresentanti si trovano relativamente di rado quali agenti patogeni. Dalle tabelle allegate all'articolo di cui trattiamo, risulta che l'infezione col pneumococco mucoso ha il decorso notevolmente più grave, quella col tipo IV il più leggero. Le emoculture, eseguite per lo più con 10 cc. di sangue in agar e brodo, su 448 casi furono positive nel 30.3 %; di questi morirono il 55.8 %; dei casi con risultato negativo solo l'8 %. Tutti i 16 casi nei quali era in causa il tipo III, e tutti i 22 casi nei quali si svilupparono più di 15 colonie del tipo II per cc. ebbero esito letale. Nei casi gravi compaiono nelle urine sostanze pneumococciche specifiche, le quali si possono dimostrare con la precipitazione con il siero immune. Esperimenti nel coniglio e poi nel cavallo dimostrarono che si riesce ad ottenere un siero di valenza relativamente alta soltanto contro il tipo I, ed invece sieri deboli contro il II e debolissimi contro il III. Quindi, per ora, soltanto le polmoniti del tipo I sono accessibili ad una sieroterapia. Il siero deve essere iniettato per via endovenosa e in grandi quantità, almeno ogni 24 ore, finchè non si verifica il miglioramento: in media ad ogni p. erano introdotti 250 cc. di siero. Va notato che una parte rilevante degli anticorpi viene legata da sostanze batteriche aspecifiche disciolte, le quali, specialmente negli ammalati gravi circolano abbondanti nel sangue e va così perduta per i pneumococchi. Il tempo che occorre per la constatazione del tipo, è utilizzato dagli AA. americani per constatare se esiste una ipersensibilità per il siero, per procedere in caso positivo alla desensibilizzazione. In quasi tutti i casi, poco dopo l'iniezione del siero migliorano il polso e le condizioni generali, ciò va interpretato come una disintossicazione; l'affezione locale non progredisce ulteriormente. Con maggiore evidenza il siero agisce sull'infezione generale, dalla quale, di regola dipende l'esito favorevole. Dopo una, o due iniezioni il reperto dell'emocultura diviene negativo. Invece la risoluzione del lobo ammalato è indipendente da anticorpi specifici; così pure non vengono impedite le complicazioni e specialmente gli empiemi. Risultati favorevoli ebbero con la sieroterapia anche il Nichols, Park, Chickering.

Riguardo alle iniezioni profilattiche, va ricordato che Lister nei distretti minerari dell'Africa del Sud con un vaccino preparato dai tre tipi pneumococcici colà prevalentemente trovati, ottenne ottimi risultati: il numero dei casi diminuì notevolmente, ed in una miniera nella quale fu eseguito l'esame batteriologico esatto di tutti gli ammalati in nove me-

si non vi furono più polmoniti nei vaccinati, dipendenti da uno di questi tre tipi. Cecil e Austin iniettarono del vaccino a 12,519 soldati, e li osservarono per dieci settimane, oltre ai non vaccinati. Nei vaccinati ebbero 16 polmoniti con due morti, nei non vaccinati (19,481) 173 polmoniti con 48 morti.

Per l'epidemiologia: se fosse esatto il concetto comune che la polmonite non si origini per contagio, ma per autoinfezione si dovrebbero trovare nella cavità faringea dell'individuo sano gli stessi tipi di pneumococchi come nei polmonitici. Invece avviene il contrario: mentre nella polmonite si trova nel 35 % dei casi il tipo I e nel 30 % il tipo II, Docher, Avery, Stillman nella saliva di individui sani (297) riscontrarono 116 volte pneumococchi virulenti nel cavo orale, ma fra questi una sola volta il tipo I e mai il II. Fonte di contagio sono i portatori (familiari ed infermieri in stretto contatto con pneumonici) ed i convalescenti nei quali i germi per lo più scompaiono in tre o quattro settimane, ma talora soltanto dopo mesi, oppure sono sostituiti dai cocchi normali del tipo III, e specialmente del IV.

Lo Stilmann vede un pericolo di trasmissione nella polvere del pavimento della stanza dell'ammalato: su 183 prove egli trovò 74 volte pneumococchi, in genere del tipo I e II; da queste osservazioni conclude che le polmoniti dovute al tipo I e II, che sono le più frequenti, almeno in gran parte sono da riferirsi al contagio dall'esterno. Però il contagio determina la malattia soltanto quando vi sia una speciale predisposizione; perciò la polmonite soltanto in condizioni particolarmente sfavorevoli compare in modo epidemico.

Neufeld ricorda come anche gli streptococchi emolitici hanno una parte notevole come agenti di complicazioni morbose, specialmente nel morbillo, ed invece si trovano relativamente di rado nella cavità orale normale.

Come provvedimenti di lotta nelle collettività, gli AA. americani propongono l'isolamento, la disinfezione dell'escreato e della biancheria, la pulizia dei pavimenti, l'istruzione dei portatori di germi, l'obbligo della denuncia della polmonite, con successiva constatazione del tipo dei germi nei laboratori pubblici, e specialmente l'istruzione generale della popolazione, affinchè gli individui sappiano che i loro secreti del naso e della gola non devono essere lasciati in giro trascuratamente al pari delle feci e delle orine.

MONT.

Sull'efficacia della vaccinazione antidifterica.

(W. PARK, A. ZINGHER. *New York State Journ. of medicine*, 1923, n. 1).

Precede una breve critica del valore pratico della reazione di Schick, il risultato della quale rimane incerto, nonostante una corretta tecnica, in circa il 5 % dei casi, perchè talora la pseudoreazione copre la reazione, e ne mentisce la durata, la pigmentazione, la desquamazione. Talora si ha una pseudoreazione più intensa con la tossina non riscaldata che con quella riscaldata, il che può far credere a torto a una reazione positiva. Una causa di errore più comune può risiedere nei vetri delle fiale, che non siano perfettamente neutri, onde la tossina rapidamente perde di titolo. Una reazione francamente negativa è indice sicuro di immunità, ma, secondo Park, chi ha soltanto la quantità di antitossina nel sangue appena sufficiente per l'immunità, se, come può accadere, è un portatore, ed ha una tonsillite, può andar soggetto ad una forma di difterite, che però è sempre lieve.

La reazione di Schick giova a selezionare i soggetti da vaccinare da quelli naturalmente immuni.

Al di sotto dei sei anni si può omettere senza danno, perchè la reazione alla vaccinazione è lieve, e d'altronde è minore la percentuale degli immuni. Sopra i sei anni conviene evitare agli immuni la reazione vaccinale, sempre più o meno intensa, tenendo conto che l'immunità naturale, con lievi variazioni quantitative, è persistente.

Gli AA. adoperano un vaccino contenente da 3 a 5 L+ per cmc., leggermente iponeutralizzato: cmc. 1-5 di esso, nelle cavie, producono paralisi dopo circa 20 giorni. Ne iniettano cmc. 1.25, per tre volte, con due settimane di intervallo tra una iniezione e la seguente. Dopo circa tre mesi, se la prova di Schich si mantiene positiva, iniettano ancora una o due dosi di vaccino.

I risultati in complesso sembrano buoni perchè da quando la vaccinazione antidifterica viene eseguita su larga scala nelle scuole di New York la mortalità per difterite in città è minore che in campagna. Però, dopo la prima serie di iniezioni, si riesce a dimostrare l'immunità con la reazione di Schich in una percentuale di casi che varia da 21 a 75 % secondo i vari gruppi di ragazzi.

È più facile ottenere l'immunità in quei gruppi, principalmente delle classi povere, dove molti sono naturalmente immuni, forse perchè, essendo stati più esposti al contagio, anche i non immuni subirono una lieve infezio-

ne che ha abituato le cellule dell'organismo a fabbricare antitossina. In questi soggetti la reazione vaccinale era più intensa.

Dopo la seconda serie di iniezioni si dimostrarono immuni il 60-80 % dei trattati e più.

Con la seconda serie non si manifestarono fenomeni anafilattici, salvo, raramente, una eruzione di orticaria, circa una settimana dopo l'iniezione.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. MARFORI. *Trattato di Farmacologia e Terapia.* — Napoli, Luigi Pierro, ed., 1922. — Lire 60.

È la terza edizione riveduta ed ampliata del noto trattato di farmacologia del Marfori. L'indirizzo del libro è conservato in questa nuova edizione: «richiamare i giovani alle pure fonti dell'osservazione, dell'esperimento sincero e del rigoroso ragionamento nello studio e nell'applicazione dei rimedi». All'intendimento pratico che ha spinto l'A. a scrivere il libro egli sacrifica quel tanto di teoria, che può rappresentare erudizione e non scienza legata alla pratica. La semplicità e la chiarezza sono doti precipue, la semplicità delle formule selezionate tra le farraginose ricette, che inondano purtroppo il campo medico, sono il segno di un sano indirizzo di terapia razionale.

In questa edizione qualche capitolo ha subito aggiunte e modificazioni in rapporto ai più recenti acquisti della medicina moderna.

Auguriamo che si susseguano le edizioni di questo ottimo manuale, le quali tengano al corrente studenti e medici italiani su quanto di sano la terapia guadagnerà nel progresso del tempo.

PONTANO.

ZIEMSEN'S. *Rezeptarium.* A cura di H. RIEDER e M. SELLER. Lipsia, 1923. G. Thieme, VII. 339. L. 15.

In un piccolo e comodo manuale tascabile, sono riunite tutte le indicazioni terapeutiche, necessarie all'esercizio medico professionale. Domina nelle singole parti del libro un sano criterio pratico e sopratutto il facile orientamento nella ricerca, come la risposta precisa al quesito proposto.

Malgrado che per altri le cifre in moneta straniera abbiano un valore relativo, tuttavia il fatto che sono contrassegnati i prezzi accanto ad ogni medicinale, agevola la scelta di un rimedio per le varie classi sociali e le diverse capacità finanziarie. Oltre la descrizione dei singoli elementi, sono consigliate opportunamente molte ricette e non mancano gli aggruppamenti dei vari rimedi catalogati in base al loro modo di somministrazione, alle varie età, ai diversi organi, e sistemi cui si addicono.

A chi è padrone della lingua tedesca e latina (in Germania vige la legge per cui le ricette debbano esser spedite in latino), il libro può essere consigliato.

ERM. MINGAZZINI.

Annuario bibliografico italiano delle scienze mediche ed affini (1919-20). (Edito dall'Istituto Sieroterapico Milanese, vol. V. L. 20).

Diamo il benvenuto a questo volume accuratissimo, 5° dellAnnuario della letteratura medica italiana, compilato a cura del Laboratorio bacteriologico della Direz. Gen. della Sanità, diretto del prof. Gosio. Questa iniziativa che noi, in altra occasione, abbiamo largamente lodata, perchè permetteva ad ogni studioso italiano di non trascurare nulla dell'abbondante produzione nazionale, deve essere incoraggiata, perchè risponde ad un vero bisogno, perchè ha una diretta utilità di facile intuizione. Compilato con diligenza esso dovrebbe figurare in ogni anche modesta biblioteca di medici e di studiosi di scienze mediche.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 26 gennaio 1923.

Considerazione in contributo all'origine della onda dicrota.

Dott. GRAZIANO GRAZIANI. — Ha condotto le sue ricerche nell'anno 1920 nell'Istituto di Fisiologia, e successivamente in reparto medico ospitaliero, partendo dalle ricerche del prof. Roncato sulle attività ritmiche vasali, e sottoponendo a critica le due teorie puramente fisiche sulla origine dell'onda dicrota, e cioè la teoria del rimbalzo e la teoria della riflessione. A questo scopo osservò il comportamento dell'onda dicrota in seguito alla iniezione di adrenalina nei casi di insufficienza aortica, ed in seguito alla inalazione di nitrito di amile.

Dalle esperienze eseguite ha avuto i seguenti risultati:

1° L'iniezione di adrenalina è seguita da aumento dell'onda dicrota e questo aumento si mantiene manifesto anche quando la pressione del sangue è tornata al valore che essa aveva prima della iniezione.

2° Nei casi di insufficienza aortica, con l'istituirsi del compenso, si ha il costante riapparire dell'onda dicrota.

3° Per quanto riguarda la iniezione del nitrito di amile, in alcuni casi si ha l'aumento, in altri la scomparsa, in altri la nessuna modificazione dell'onda dicròta.

Questi risultati sarebbero in appoggio alla dottrina che l'onda dicrota non rappresenti un fenomeno puramente fisico, ma che in caso intervenga l'attività propulsoria vasale.

Prof. RONCATO (*discussione*). — Accenna ai movimenti ritmici presentati dai vasi in istato di sopravvivenza. Questi movimenti non possono a meno di avere una certa influenza in tutte le manifestazioni della circolazione periferica, e quindi nella forma e nella modalità dello sfigmogramma.

Secondo l'O. i risultati del Graziani confermano questa tesi.

Il nitrato d'argento nell'oftalmoblenorrea.

Prof. LUIGI PALMIERI. — L'O., prendendo argomento da una circolare da poco emanata dalla Autorità sanitaria alle levatrici d'Italia, nella quale viene fatto obbligo di istillare il nitrato d'argento all'1.5 % negli occhi di tutti i neonati, comunica le sue osservazioni di molti anni nella Clinica oculistica di Padova e nell'esercizio professionale privato. Egli è venuto nel convincimento essere le cure energiche e prevalentemente l'uso e l'abuso del nitrato d'argento la causa precipua della frequente cecità nell'oftamoblenorrea. Da quando il Crédé (1881) propose il nitrato al 2 %, molti autori, ridussero man mano la dose a proporzioni sempre minori, ed alcuni proposero la sostituzione del nitrato con composti organici di argento di notevole potere battericida e non tossici. Il Megardi, nella Clinica Oculistica di Padova, aveva fin dal 1909 proscritto l'uso del nitrato d'argento nell'oftamoblenorrea.

L'O. rileva che l'uso di soluzioni spesso abbondonate e quindi concentrate per evaporazione, provocano nella congiuntiva una reazione chimica (il rossore e la secrezione prevalgono), che può indurre alla diagnosi di forma gonococcica, e quindi ad un nuovo uso del medicamento che ne fu la causa. In tal caso, se veramente c'è il gonococco, il quadro clinico si complica, sorge l'edema palpebrale, la chemosi congiuntivale micidialissima per la nutrizione linfatica della cornea con conseguente ulcerazione della medesima.

Le lavature agli occhi del neonato devono esser fatte con acqua bollita, o soluzione borica al 3 % o con permanganato 1/3000, ripetute anche ogni mezz'ora all'apparire dei primi sintomi dell'oftalmoblenorrea, con tutte le cautele per non ledere l'epitelio corneale. Se si vuol usare un collirio si usi il proteinato di Ag, o il protargolo al 5 %.

Prof. CAVAGNIS GIUSEPPE (*discussione*). — Fa rilevare che nella lunga pratica fatta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Padova, l'uso di soluzioni di nitrato d'argento all'1 % non ha mai dato fatti infiammatorii secondarii, e che ha sempre corrisposto nel senso di impedire la comparsa di forme blenorragiche.

Riguardo a quanto si riferisce alle Levatrici, cita l'art. 7 dell'*Istruzione alle Levatrici,* che stabilisce l'uso della soluzione di permanganato debolissima come profilassi, e solo in casi conclamati, in assenza del medico, la istillazione di nitrato d'argento all'1 %.

Prof. VALTORTA. — Non potendo entrare in merito alle cure, si dichiara contrario nettamente alla obbligatorietà dell'uso del nitrato d'Ag a scopo profilattico nell'oftamoblenorrea. Ricorda come l'Accademia di Francia, su proposta del Pinard, Ribemont, Dessaignes, Yvon, nel 1908 avesse proposto la soluzione 1/50 di azotato d'Ag. Ritiene che la vera profilassi parte dalla educazione migliore delle donne e delle levatrici perchè durante la gravidanza la visita medica si ritenga doverosa, necessaria. Dimostra come prema anzitutto la pulizia degli occhi del bambino appena nato, e ricorda come non debba poi lavarsi la faccia con la stessa acqua del bagno generale. Consiglia il permanganato potassico all'1/4000, come da istruzioni ministeriali per la pulizia.

PALMIERI. — È spiacente non dividere la opinione del Cavagnis, ed in proposito cita i dati del Groenoun del 25 % e quelli del Kroener di circa il 30 % di casi di insuccessi in individui trattati col nitrato d'argento, mentre la percentuale scende sicuramente al 2-3 % se si adotterà il principio sovrano di non irritare, di non ledere.

Considerazioni sui liquidi usati per ipodermoclisi.

Dott. MARIO MANTOVANI. — L'O. ritiene che delle soluzioni che si trovano indicate come fisiologiche, poche abbiano caratteri fisico-chimici tali da potersi dire veramente simili al siero di sangue e

quindi in senso esatto «fisiologiche». L'O. fa una rapida sintesi dei caratteri fisico-chimici del siero di sangue e conclude che i più importanti per la vita dei tessuti sono l'equilibrio osmotico e l'equilibrio ionico di cui da tempo relativamente lungo sono noti i valori precisi, e che quindi una soluzione per dirsi fisiologica deve essere isotonica ed isoionica col siero di sangue. Esclude in base alle ricerche più recenti che le soluzioni da usarsi per ipodermoclisi e fleboclisi debbano essere anche isoviscose. Dopo aver accennato ai danni che può subire l'organismo in seguito ad infusione di soluzioni non fisiologiche, passa in rassegna un certo numero di soluzioni di cui ha determinato il valore crioscopico. In base ai dati raccolti ed alle cognizioni accennate, trova che alcune soluzioni non sono fisiologiche perchè non sono isotoniche, alcune perchè non sono isoioniche; alcune sono isotoniche ed isoioniche. Fra queste ultime crede preferibile, perchè più semplice di costituzione e di preparazione, una soluzione composta: Na Cl 9, Ca Cl2 0.2, K Cl 0.2, H2O q.b. per portare a 1000.

Per quanto riguarda le soluzioni di glucosio, pur riserbandosi di riferire altra volta, può affermare che le soluzioni fortemente ipertoniche debbono considerarsi tossiche.

Seduta del 23 febbraio 1923.

Di alcune condizioni del cuore nei postumi della encefalite letargica.

A. ROSSI. — Ha studiato le modificazioni dell'elettrocardiogramma in individui affetti da postumi di encefalite letargica per effetto della stimolazione riflessa del vago, ottenuta per compressione oculare.

Ha trovato quasi costantemente modificazioni riflesse in quella parte del tracciato che corrisponde alla funzione auricolare (abbassamento dell'onda P) e talora anche in quella parte che corrisponde alla funzione ventricolare (nel qual caso i riflessi si manifestano dissociati da quelli atriali). È notevole poi il fatto che mediante la stimolazione vagale si possono mettere in evidenza lesioni latenti di una branca del fascio di His per lo stabilirsi di un blocco parziale.

Discutendo i risultati delle sue osservazioni l'O. conclude che nei casi di Parkinson postencefalitico è notevolmente alto il tono del sistema autonomo anche nei riguardi della innervazione cardiaca e che il virus encefalitico può determinare lesioni del fascio di His, le quali, latenti in condizioni normali, si rendono patenti sotto lo stimolo riflesso del vago cardiaco.

Discussione. — ALBERTOTTI: Chiede se ha potuto, osservando la pulsazione venosa nel fondo oculare, trovare qualche parallelismo fra queste e la mancata funzione auricolare, dimostrata dalla scomparsa dell'onda P

FOÀ: La sospensione dell'onda P, che accompagna il riflesso oculo-cardiaco, farebbe dubitare che mancasse la contrazione auricolare. Potrebbe essere tuttavia che mancasse il fenomeno elettrico indipendentemente dal fenomeno meccanico, e ciò potrebbe essere controllato sull'elettrocardiogramma del cane ispezionando il cuore a torace aperto durante la respirazione artificiale sotto la compressione dei bulbi oculari.

ROSSI risponde al prof. ALBERTOTTI che mediante l'elettrocardiografia non è possibile portare alcun contributo alla questione da lui esposta; e al prof. FOÀ che nulla può dire intorno al verificarsi o meno della contrazione auricolare essendo le sue osservazioni istituite sull'uomo. Ad ogni modo ricorda che è possibile la manifestazione dei fenomeni elettrici della contrazione senza il corrispondente fenomeno meccanico, e che i sintomi clinici della fibrillazione auricolare (in cui si può considerare nulla la contrazione di questo segmento rispetto alla meccanica cardiaca) fa ritenere possibile la mancanza della contrazione atriale per stimolazione reflessa del vago. Nell'un caso e nell'altro non vi sono, o almeno sono rari, i disturbi soggettivi.

L'eliminazione della creatinina in rapporto alla funzione muscolare.

A. RONCATO. — Secondo Pekelharing la produzione della creatinina va riferita alla funzione tonico-muscolare. Al dualismo funzionale muscolare avanzato e sostenuto dal Bottazzi, corrisponderebbe, non solo una duplice caratteristica anatomica, le fibrille ed il sarcoplasma, non solo una duplice innervazione, dimostrata da Perroncito e da altri, ma anche un duplice e distinto chimismo. La creatinina sarebbe precisamente, secondo Pekelharing, il prodotto ultimo ed esclusivo del ricambio sarcoplasmatico.

L'O. confrontando la quantità della creatinina nelle urine di individui i quali presentavano stati tonici elevati, con quella di ammalati i quali presentavano accessi tetanici od isterici di origine prettamente fibrillare, non potè convalidare la teoria del Pekelharing.

L'O. conclude che non esiste un chemismo sarcoplasmatico nettamente distinto da quello fibrillare, ciò che del resto s'accorda anche con le più accreditate vedute sulla causa della contrazione muscolare, vedute che, prendendo la mossa dalla elettrochimica stabiliscono durante la esplicazione dei fenomeni motori muscolari, un attivo e reversibile ricambio di materiali tra fibrille e sarcoplasma.

Contributo alla cura della epilessia col luminal

A. ANDREANI. — Dalle esperienze condotte nel riparto psichiatrico e nel medico dello Spedale Civile di Feltre su 17 ammalati di epilessia nei quali ha somministrato in primo tempo preparati bromici e successivamente il luminal, l'O. è arrivato alle seguenti conclusioni:

1) Il luminal determina spesso all'inizio della cura cefalea, irrascibilità, variazione dell'umore e del carattere che però scompaiono in breve;

2) Il luminal deve essere somministrato in dose non superiore a 20 ctgr. al giorno: una dose superiore quando non sia pericolosa, è dannosa perchè arreca turbe psichiche acute quali accessi di agitazione delirii e gravi fatti confusionali;

3) Una dose superiore ai 20 ctgr. è inutile perchè gli accessi non vengono maggiormente diminuiti;

4) Negli epilettici nei quali predominano note somatiche degenerative il luminal diminuisce nel maggior numero dei casi il numero degli accessi, ma ne accresce la intensità;

5) In alcuni casi di epilessia essenziale il luminal è lo specifico degli accessi;

6) Il luminal, in tutte le forme di epilessia, può essere considerato un medicamento sospensivo, non curativo;

7) Il luminal presenta sul bromuro il vantaggio di poter essere usato a lungo senza provocare fenomeni di intolleranza e di indebolimento fisico e psichico;

8) I bromuri agiscono più efficacemente dopo che gli epilettici sono stati sottoposti all'uso del luminal;

9) In tutti i casi l'uso protratto del luminal migliora le condizioni psichiche degli infermi che diventano più calmi e riposano meglio.

Discussione. — G. B. BELLONI: Nella Clinica psichiatrica e nel Manicomio di Padova, coll'uso del luminal negli epilettici si notò diminuzione notevolissima nella frequenza degli accessi. Non si è notato aumento nella frequenza degli accessi una volta che sono divenuti più radi. I vantaggi si osservano sia nella epilessia sintomatica che nella essenziale. Occorre saggiare la tolleranza individuale al farmaco il quale in taluni dà insistente sonnolenza anche alla dose di 5-10 ctgr. Non conviene interrompere improvvisamente la cura col luminal.

D'ANCONA. — Raccomanda vivamente ai medici pratici di sperimentare il luminal nei malati della loro pratica privata, non spedalizzando che le epilessie complicate. Ha avuto modo di osservare un certo numero di epilettici che coll'uso del luminal ebbero lunghissime tregue, mentre i bromuri efficacissimi in certe fasi della malattia, divengono inutili se in piccole dosi o somministrati a lungo; in forti dosi, dànno luogo ai ben noti fatti di intolleranza. Con la dose che consiglia di 15-20 ctgr. non ebbe ad osservare alcun inconveniente e nessuna diminuzione della attività mentale.

BORGHERINI. — Consiglia particolarmente il luminal negli accessi subentranti nei quali qualche volta può salvare la vita del malato.

ANDREANI. — Nei casi da lui osservati ebbe uno solo di epilessia ad accessi subentranti, e questo ebbe esito letale anche coll'uso del luminal. Da questo non può trarre alcuna deduzione.

Fenomeni fisico-chimici nella sedimentazione degli eritrociti e valore clinico del processo in ostetricia e ginecologia.

F. CLAUSER. — Ha notato aumento della sedimentazione degli eritrociti nella gravidanza a partire dal terzo mese; tale aumento va facendosi sempre più notevole e raggiunge il massimo al momento del parto; nel puerperio normale si ha graduale ritorno alla norma. Nelle infezioni puerperali la velocità è aumentata in rapporto alla acutezza ed estensione del processo. Nelle lesioni ginecologiche si ha in genere aumento della velocità di sedimentazione in rapporto alla gravità della lesione. Nei vizi di posizione dell'utero, nelle anomalie di sviluppo, nelle gravidanze extrauterine in corso e nei tumori benigni, la velocità di sedimentazione è normale: è aumentata nei carcinomi dell'utero.

La causa dell'aumento di velocità si deve ricercare in modificazioni del plasma, che diminuendo la carica elettrica negativa degli eritrociti ed aumentandone la viscosità, li rende instabili e ne favorisce la agglutinazione per processi di assorbimento. I globuli rossi agglutinati possono quindi sedimentare più rapidamente per la diminuita densità e tensione superficiale del plasma. Il fenomeno della sedimentazione si svolge quindi con due processi: primo di agglutinazione, secondo di precipitazione.

Discussione. — CEVIDALLI: Richiama l'attenzione sulla opportunità di tener distinta dalla agglutinazione vera e propria il semplice impilamento.

G. CEVOLOTTO.

Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali.

(Gruppo Romano).

Riunione del 19 febbraio 1923.

Presidenza: On. prof. SILVESTRO BAGLIONI.

Prof. VINCENZO MONTESANO. — S'intrattiene *sulla legge di Colles* (immunità verso la sifilide della donna che, essendo sfuggita all'infezione coniugale, ha messo al mondo un bambino eredo-sifilitico). Accenna alle spiegazioni che si dànno di questa legge ed all'ipotesi che in tali casi si tratti di sifilide latente. Dopo accennato ad un caso occorsogli esprime le conclusioni alle quali crede si debba giungere.

Prof. GIUSEPPE AMANTEA. — Parla *sull'azione degli anestetici locali in varii casi di ipereccitabilità sessuale.* Enumera i casi (ejaculazione precipitata, polluzione notturna, ecc.) in cui da tale azione si possono trarre utili vantaggi terapeutici.

Prof. PRIMO DORELLO. — Espone sommariamente i risultati delle sue ultime ricerche sulla *vita sessuale delle «Helix».*

Per preannunciare comunicazioni e chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Società: Roma (40) via Casalmonferrato, n. 33.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

VIE RESPIRATORIE.

La coriza spasmodica.

Si designa con tal nome una sindrome a manifestazioni nasali esclusive o predominanti, consistenti in starnuti, abbondante secrezione nasale acquosa, ostruzione nasale; i segni oculari, come prurito agli occhi, iniezione della congiuntiva, lacrimazione sono meno evidenti. Il carattere principale di questa sindrome è l'andamento parossistico; si presenta con accessi bruschi ad intensità assai variabile anche nello stesso individuo; talvolta una piccola crisi con cinque o dieci starnuti e poco scolo nasale, tal'altra una crisi spasmodica con cinquanta-cento starnuti, ostruzione nasale completa, rinorrea profusa, anche fenomeni generali, fatti oculari intensi. La crisi è di breve durata da qualche minuto a qualche ora e scompare bruscamente senza lasciare traccia.

Lermoyez, che ha fatto di tale argomento oggetto di una tesi (rif. in *Journal des praticiens*, 27 gennaio 1923), dimostra che tale crisi non va considerata come un'affezione locale per l'azione diretta sulla mucosa nasale; le manifestazioni locali dipendono da un disturbo di tutto l'organismo, ad un vero *ictus* (*choc*) colloidoclasico; si osservano di fatto anche nella coriza spasmodica la crisi emoclasica iniziale, l'azione preventiva dei diversi procedimenti terapeutici anticlasici, l'ipersensibilità generale dell'organismo all'antigene determinato (cutireazione). Al pari dell'asma e dell'orticaria si trova anche qui come base essenziale una tendenza umorale particolare, l'attitudine morbosa a reagire con degli *choc* alle influenze più diverse, in complesso una vera diatesi colloidoclasica. Si deve concludere che esiste una sola coriza spasmodica e che la febbre da fieno è soltanto una varietà eziologica, speciale per la sua periodicità.

Per la cura si applicherà il trattamento anticlasico, mediante iniezioni endomuscolari di peptone (10 cc. di soluzione al 5 %) o l'autosieroterapia o l'assuefamento progressivo alla sostanza scatenante; non si trascurino inoltre: la cura locale della mucosa nasale, la medicazione endocrina specialmente tiroidea e la terapia agente sul sistema simpatico e parasimpatico.

A. Z.

Cura sintomatica della polmonite.

In attesa di una cura specifica della polmonite nelle sue varie forme, torna utile ricordare alcune norme di terapia sintomatica di tale malattia. Essa può essere empirica o razionale: quest'ultima è naturalmente da scegliere.

Occorre quindi (Maus e Bard, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. 77, pag. 1227) analizzare i disturbi funzionali del polmonitico, primo tra essi la difficoltà di respirazione. La dispnea è la prima manifestazione respiratoria, oggettiva e soggettiva: essa non può spiegarsi unicamente sulla base dell'anatomia patologica, non vi è relazione costante fra estensione della epatizzazione e intensità della dispnea ed inoltre la dispnea può cessare senza alterazione del processo anatomico del polmone. Perciò la causa deve essere anche fisiologica. In generale la dispnea si manifesta quando la ventilazione polmonare, necessaria in quel dato momento alle funzioni vitali, eccede la quantità di aria che i polmoni sono meccanicamente capaci di lasciar passare libera senza sforzo. Nella persona sana la domanda di aria è essenzialmente governata dallo scambio di gas, cioè dal metabolismo: il metabolismo è la causa, la ventilazione l'effetto. Nella polmonite il metabolismo è, come normalmente, uno dei fattori determinanti il volume della ventilazione polmonare: un aumento del metabolismo dovuto allo stato morboso provoca un aumento della ventilazione, precisamente come l'aumento del metabolismo dovuto allo sforzo muscolare nella persona normale. Le cause che, nello stato morboso, accelerano il metabolismo sono varie: la febbre è una di esse. Come ciò fu dimostrato pel tifo, malaria, tubercolosi, lo stesso può avvenire per la polmonite. Altra causa che fa nel polmonitico aumentare la necessità della ventilazione polmonare, è l'acidosi, determinata col metodo del cosidetto diagramma dell'anidride carbonica del sangue, secondo la formula di Haggard e Henderson, Peters, Barr e Rule. Una terza causa di iperpnea che può verificarsi nelle polmoniti, è l'anossiemia, cioè la deficiente saturazione di ossigeno del sangue nel passaggio attraverso i polmoni, dipendente dalla mescolanza di sangue aereato e non aereato, oppure da imperfetta aereazione dell'intera massa sanguigna, quando passa attraverso i polmoni. La prima causa per consolidazione o per edema localizzato, per ede-

ma generalizzato, per presenza di essudati, la seconda.

Il polmonitico può dunque trovarsi nella necessità di dover ventilare i suoi polmoni più di quello che farebbe in condizioni normali, per le seguenti cause: aumentato metabolismo dovuto alla febbre, acidosi, deficiente ritmo circolatorio o afflusso sanguigno, anossiemia. Il suo meccanismo respiratorio è quindi costretto ad uno sforzo maggiore, con minore possibilità di compierlo. Non solo, ma il tipo di respiro che il p. è costretto ad adottare, rapido e superficiale, richiede maggior sforzo con minor reddito, ed aumenta la ventilazione totale necessaria, come pure il grado di anossiemia.

La cura sintomatica deve tendere: a diminuire la necessità di ventilazione, ad aumentare la capacità vitale. Per il primo agendo sul metabolismo, modificando la temperatura, quando questa sia altissima; per il secondo fattore non abbiamo mezzi diretti se si eccettui la morfina che toglie il dolore pleurico e permette la respirazione profonda, e i mezzi che tolgono la distensione dell'addome.

Due altri mezzi abbiamo per diminuire i bisogni ventilatori: la somministrazione di alcali, e somministrare tanto bicarbonato fino ad avere un'urina alcalina, e la somministrazione di ossigeno, dimostratosi utile per combattere l'anossiemia. La somministrazione di ossigeno deve essere regolata dalla cianosi e dal senso di benessere del p.

Tutte queste sono provvidenze accessorie che permettono al malato di volgere a combattere l'infezione, tutte le sue forze.

MONTELEONE.

Trattamento delle bronchiti e broncopolmoniti infantili con le iniezioni di etere.

Le iniezioni di etere, che hanno trovato larga applicazione nella terapia della pertosse, sono state proposte da Lassalle nel trattamento delle bronchiti e broncopolmoniti dell'infanzia; tale metodo di cura avrebbe dato ottimi risultati. F. Lo Presti-Seminario (*La Pediatria*, 15 febbraio 1922) nella Clinica Pediatrica di Palermo ha applicato l'etere-terapia in una trentina di bambini affetti da bronchiti e broncopolmoniti, ottenendone vantaggi notevoli. Prima condizione per il buon esito del trattamento è la precocità dell'intervento e la frequenza delle iniezioni che vanno ripetute 2-3 volte nella giornata a distanza non inferiore alle quattro ore. Si introducono 1/2-1 cc. per via endomuscolare alle regioni glutee; l'A. non ha osservato nessun incidente spiacevole, tranne qualche volta un po' di rossore localmente; non si sono mai prodotte escare; raramente si ha una leggera agitazione. I casi che risentono maggiore beneficio sono quelli di broncopolmonite; nella bronchite il processo di guarigione viene accelerato; nei soggetti con affezioni croniche e recidivanti dell'apparato respiratorio, si ha la guarigione del processo acuto e solo il miglioramento dei fatti cronici.

L'azione dell'etere sarebbe antiinfettiva, antispasmodica, antitermica e cardiotonica; quella antiinfettiva sarebbe però discutibile. Il trattamento va continuato per diversi giorni; è bene associarvi l'uso di adrenalina (8-10 gocce *pro die* della soluzione al millesimo), di digaleno, digitale, espettoranti, rivulsivi, impacchi caldo-umidi. *az.*

Tubercolosi polmonare e gravidanza.

Trattando tale argomento, Kehrer (*Münch. Med. Wochen.*, 1922), afferma che il peggioramento della tubercolosi durante la gravidanza dovrebbe essere attribuito a virulentazione del bacillo dovuta più specialmente ad accumulo dei lipoidi.

Secondo un'altra ipotesi dipenderebbe da una diminuzione della difesa organica: inoltre nella gravidanza esiste maggior consumo di principi organici indispensabili alla vita, proteidi, carboidrati, grassi, onde si avrebbe rammollimento del connettivo non soltanto degli organi del bacino, ma anche di quello che argina i focolai tubercolari, in questo modo verrebbero favorite le disseminazioni. Nell'80 per cento delle tubercolosi latenti o guarite, la gravidanza ed il suo espletamento sono inoffensivi, mentre nel dieci per cento si ha l'attivazione della forma in gravidanza, e nel dieci per cento in puerperio. La tubercolosi attiva al primo stadio può rimanere stazionaria, ma può tuttavia aggravarsi, quindi è da concedersi il protrarsi della gestazione solo in caso di buone condizioni igienico-sociali e di possibile sorveglianza medica. Nel secondo stadio, la tubercolosi in gravidanza è grave: si ha infatti un peggioramento dell'80 per cento dei casi durante la gravidanza e più ancora durante il puerperio. È quindi indicata l'interruzione: nel primo stadio con interruzione per via vaginale, con l'isterectomia addominale.

MONT.

Guaribilità delle caverne tubercolari.

S. Orth distingue 4 forme di tubercolosi:
L'A distingue 4 forme di tubercolosi:

1) la forma produttiva, in cui prevalgono le neoformazioni tubercolari;

2) la forma infiammatoria, con prevalenza dei processi essudativi;

3) la forma fibrosa caratterizzata dagli intensi fenomeni reattivi (sieroproduzioni e indurimenti fibrosi);

4) la forma cavernosa, quando esistono delle escavazioni.

Secondo H. Gräff la diagnosi di quest'ultima forma equivarrebbe ad una sentenza di morte. Di tale opinione non è l'A. Non si può negare che la formazione di caverne rappresenti un notevole aggravamento per il tubercoloso; in esse si ammassano e proliferano non soltanto i bacilli specifici, ma anche tutti quei microrganismi, che come agenti d'infezioni miste hanno parte importante nelle ulteriori alterazioni dei polmoni. Però è possibile anche un processo di ripulitura delle caverne, per cui queste rivestono prima di tessuto giovane di granulazioni, poi di tessuti fibroso cicatriziale. La ripulitura delle caverne, spesso incompleta, può, in certi casi, essere completa. In seguito alla retrazione cicatriziale le piccole escavazioni possono scomparire, quelle grandi ridursi notevolmente.

(*Ztscher. f. Tuberkulose*, Bd. 35, 1921).

Pollitzer.

Asma ed aspirina.

Secondo V. Rubon (*Ugeskrift for Laeger*, 1922, p. 586) l'aspirina sarebbe efficace a prevenire gli accessi notturni di asma. Non è ben cognito come agisca, ma si è osservato che nella rinite acuta e cronica tende a prosciugare la mucosa nasale; quindi potrebbe forse agire sulla mucosa bronchiale in modo simile. Su 70 casi, solo in quattro fu mal tollerata, ed aggravò l'accesso asmatico invece di calmarlo. Simili casi di intolleranza s'incontrano anche con l'atropina. Un caso di grave intolleranza all'aspirina e alla fenacetina descrive J. Bucholtz (*Ibidem*, p. 585). In questo caso, dopo un grave accesso provocato da una forte dose di fenacetina, la paziente rimase libera dall'asma per lungo tempo, come in simili casi suole accadere.

S. Bang (*Ibidem*) osservò un grave accesso asmatico dopo la somministrazione di 1 gr. di aspirina in un paziente che soffriva di accessi quotidiani: comparve cianosi e collasso, donde rinvenne mediante stimolanti energici. Il dì seguente una dose di soli 5 ctg. di aspirina, somministrata ad insaputa del paziente, provocò in esso, mezz'ora dopo l'ingestione, un accesso asmatico abbastanza grave, ma con sintomi meno allarmanti.

Doria.

MISCELLANEA.

Alcune note sull'origine e sulla sintomatologia dell'ipernefroma.

Ci vengono date dal Wright (*The British Journ. of Surgery*, 1922, n. 35): egli ha esaminato 19 pezzi anatomici, tredici dei quali erano accompagnati da documenti clinici. Gli ipernefromi, secondo l'A., non sono di origine mesoteliale: le forme cellulari che vi si trovano sono analoghe a quelle che si sviluppano a spese di organi epiteliali, piuttosto che a spese del tessuto connettivale. Prima di ammettere che l'ipernefroma si sviluppa da residui wolffiani, bisogna stabilire l'esistenza di tali residui.

Secondo l'A. l'ipernefroma nasce nei tubi renali ed ha una formazione essenzialmente papillare. Questa formazione papillare, costante nella maggior parte dei tumori giovani sorti nella corteccia renale, non rappresenta che una reazione del tessuto renale allo stimolo neoplasico. Secondo lo stimolo cellulare e la reazione corrispondente del tessuto connettivo, si avrà questo o quel tipo di neoplasia: ipernefroma, adenoma papillare, cisti papillari, carcinoma papillare a cellule rotonde. Quanto alle granulazioni rifrangenti abbondanti nell'ipernefroma, si ritrovano abitualmente, sebbene in misura minore, nelle altre varietà di neoplasma renale e anche nell'epitelio renale normale. L'ipernefroma si riscontra anche in altri tipi di tumori renali.

Dopo aver mantenuto per alcun tempo un andamento benigno, l'ipernefroma evolve poi come un carcinoma.

Dal punto di vista clinico, i sintomi caratteristici sono: il dolore a forma frequente di colica renale, l'ematuria, la ritenzione urinaria con difficoltà alla minzione per presenza di coaguli intravescicali, la frequente minzione, ed infine la palpazione del tumore che nei casi dell'A. veniva avvertito in dieci malati su tredici.

Mont.

Assenza congenita della milza.

È rarissima. Isolata, è eccezionale: generalmente si associa ad altre malformazioni congenite. Di solito è asintomatica, e costituisce reperto inaspettato di autopsia. In questi casi suol esser sostituita da splenuncoli sparsi qua e là, e che possono facilmente sfuggire all'osservazione anatomo-patologica. Gli AA. descrivono un caso nel quale si trovavano anche le seguenti anomalie: comunicazione tra le orecchiette, comunicazione tra i ventricoli, trasposizione delle vene del cuore; lobi polmo-

nari soprannumerari, inversione del fegato. Il paziente visse tre mesi.

Da una scorsa nella letteratura gli AA. concludono che l'assenza congenita della milza, di per sè non costituisce una sensibile minorazione organica.

(S. MAC LEAN, H. CRAIG. *Am. Journ. of med. sciences*, novembre 1922).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

La cura dell'infezione melitense. — Al dott. R. d'A., abb. n. 2526:

Non mancano vaccini e sieri proposti ed usati nella terapia dell'infezione melitense. Ella potrà trovare nella larga letteratura sull'argomento elogi e scetticismi. Giustificate entrambe le impressioni dalla difficoltà di giudizio su un fattore terapeutico, che non agisce con immediato effetto, in una malattia soggetta a tutte le variazioni naturali da una breve ad una lunghissima durata.

Può tentarli per farsene un concetto personale: se la nostra esperienza dovesse pesare nella sua condotta, noi dobbiamo dire che non abbiamo mai ottenuto una sensibile azione curativa nè dallo stock vaccino, nè dall'autovaccino, nè dall'uso del siero antimelitense.

Nè la proteinoterapia aspecifica offre quei vantaggi che si vogliono trovare, forse con eccessiva frequenza, nelle malattie da infezioni cicliche o di breve durata.

Circa i medicamenti, non possediamo specifici: la decantata azione della chinina deve essere considerata come un discreto ausilio sintomatico e null'altro.

L'infezione melitense deve essere per ora trattata dal medico con tutti quegli accorgimenti curativi, che, caso per caso, si rendono utili; e bastano per lo scopo le ordinarie conoscenze sul trattamento delle malattie da infezioni.

Ad un errore spesso commesso da medici bisogna ovviare: il letto ed il latte non sono necessari nella cura della melitense; trattandosi anzi di una malattia d'ordinario assai lunga, la dieta lattea porta danni non indifferenti, impoverendo l'organismo di questi malati fino a trasformarli in veri scheletri ambulanti. Non è raro che, dopo tale cura di esaurimento, si manifestino malattie che tacevano latenti (tubercolosi). Il malato di melitense deve, secondo noi, nutrirsi piuttosto abbondantemente e vivere alla grande aria, con opportuna regolazione del moto. La diagnosi precoce, specialmente in quelle forme che simulano il tifo, ha grande valore perchè può evitare un primo periodo di dannosa iponutrizione. Purtroppo questi miei consigli non mettono in grande valore l'opera diretta del medico; ma la medicina moderna deve spogliarsi di quanto l'esperienza ha dimostrato essere bagaglio empirico inutile e qualche volta dannoso.

T. PONTANO.

Quesiti di pediatria. — All'abb. n. 6023-2:

1° L'arsenico si elimina per il latte, ma in piccola quantità, nè sono ricordati casi d'intossicazione del poppante. In ogni modo, se è necessario fare un trattamento arsenicale nella madre, conviene sorvegliare il suo lattante.

2° Un poppante di 5-6 mesi può fare un'immersione breve in mare, in giornate non ventose e con acqua non agitata nè fredda. Meglio però è fare il bagno con acqua di mare in tinozza. Il soggiorno dei lattanti sulle spiaggie marine va in ogni caso prudentemente sorvegliato.

L.

VARIA.

La radioattività e l'unità della materia.

La ipotesi che tutti i corpi siano costituiti da un'unica materia primordiale e che la loro diversità sia determinata solo dalla diversa disposizione e dal diverso numero di particelle costitutive è antichissima e fu accennata da molti filosofi greci, come Talete, Eracleto, Democrito.

Il progresso delle scienze — nota il dott. F. Leti ne *La Scienza per tutti* — ha dato valore di teoria a questa ipotesi dedotta unicamente da speculazioni filosofiche. In effetti l'allotropia, l'isomeria, la stereoisomeria, la periodicità degli elementi secondo la legge di Mendelejeff sono fenomeni che hanno successivamente resa più attendibile la supposizione dell'unità della materia.

Ma è stata sopra tutto la radioattività che ha avuta una importanza decisiva per la concezione monistica del mondo.

La radioattività, proprietà generale della materia, fenomeno diffuso in tutto l'universo come il calore e la luce, ha provato che l'atomo non è l'ultima particella indivisibile della materia, ha provato che l'atomo è un aggregato di particelle più piccole (elettroni), identiche per tutti i corpi, che variano solo per il loro stato elettrico (elettroni negativi ed elet-

troni positivi). Ogni elettrone negativo è mille bilioni di volte più piccolo dell'atomo più piccolo che noi conosciamo, cioè l'idrogeno. Il centro di ogni atomo è un nocciolo di materia carico di elettricità positiva, mille milioni di volte più piccolo degli elettroni negativi, i quali corrono incessantemente intorno ad esso in linee chiuse.

La disintegrazione degli atomi dà luogo ai fenomeni radioattivi.

Questa disintegrazione da cui risulta la espulsione di un certo numero di elettroni è prodotta da qualche forza perturbatrice ed è accompagnata da effluvi particolari animati da una velocità dell'ordine della luce, ai quali è stato dato il nome di raggi alfa, beta, gamma.

Dalla espulsione di una certa quantità di elettroni si arriva alla formazione di un nuovo gruppo stabile, cioè all'atomo di un altro elemento di peso atomico inferiore.

Il radio, l'uranio, il torio, il polonio, l'attinio si disintegrano continuamente e per la emissione di elettroni si trasformano in un corpo, l'elio, con caratteristiche speciali e definite, con peso atomico più basso dei corpi dai quali deriva.

Gli elementi chimici adunque si trasformano con il tempo acquistando caratteri nuovi, come si trasmutano gli esseri viventi. Come nella natura viva così nella natura inorganica tutto continuamente si modifica.

Queste trasformazioni avvengono con estrema lentezza e non sono quindi avvertibili; solo per alcuni corpi, come il radio, il torio, ecc., le mutazioni raggiungono valori accessibili alla natura umana.

Gli elementi chimici che attualmente costituiscono l'universo rappresentano stati stazionarii, punti di sosta di un'evoluzione di cui non si può prevedere l'andamento e che per la sua lentezza ci è finora sfuggita. Forse le ricerche future potranno condurre a stabilire l'albero genealogico degli elementi attuali.

L'astronomia ha confermato il principio unitario della materia. L'analisi spettroscopica penetrando nella struttura degli astri di età diversa ha potuto mettere in evidenza la trasformazione che subisce la materia e l'evoluzione siderale degli atomi; ha potuto stabilire che ad una temperatura altissima la materia non presenta alcuna differenziazione chimica e che è un tutto chimicamente omogeneo, e che solo col decrescere della temperatura la materia si differenzia dando origine ai varî elementi chimici, prima quelli a peso atomico basso e poi progressivamente a quelli a peso atomico maggiore.

Un corollario logico della concezione unitaria della materia è la possibilità teorica della permutazione degli elementi chimici.

E i tentativi sperimentali hanno confermata questa deduzione. Se si prende una soluzione acquosa dell'emanazione del radio dopo qualche settimana vi si trova dell'elio, più il neon, elemento ben distinto e che ha un peso atomico più elevato dell'elio. Sciogliendo l'emanazione di radio in una soluzione di sale di rame, non si forma nè elio nè neon, ma si genera il sodio ed il litio, e si sviluppa un gas: l'argon. Il litio ed il sodio si sono formati a spese del rame; l'argon a spese dell'emanazione di radio. Tra i gas che si sviluppano continuamente da una soluzione acida di nitrato di torio si trova il biossido di carbonio. Il carbonio si è formato a spese del torio, proviene dalla demolizione atomica del carbonio.

Il sogno adunque degli alchimisti, che in mille modi tentarono la materia per trasformarla, diventa realtà.

abbo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Bajla Eugenio. *La difesa igienica della nazione.* — Milano, Antonio Cordani, 1922.

Bravetta Eugenio. *Diario e autopsia di un cocainomane.* — Pavia, Tip. Coop., 1923.

Bruni N. *Azione dell'acido cianidrico sul bacillo della peste.* — Genova, Stab. Grafico Editoriale, 1922.

Caeiro Carrasco Manuel. *Revista sintetica sobre as Leishmanioses viscerais.* — Lisboa, Mendonça, 1922.

Jacoucci Guido. L'Io *del morente.* — Roma, Grafia, 1922.

Falcone Roberto. *Sulla mesenterite retrattile.* — Bologna, L. Cappelli, 1922.

Muggia Alberto. *La capacità e posizione del ventricolo nei bambini con anomalie congenite della parete addominale.* — Torino, Stab. Tip. S. A. E., 1923.

Paolini Carlo. *Igiene del pesce nell'alimentazione.* — Senigallia, Tip. Manoni, 1922.

Salerno Alfredo. *A proposito della legge sull'assicurazione obbligatoria delle malattie.* — Palermo, Barravecchia & Balestrini, 1920.

Tonnini Gualfardo. *L'Ileocolontrasversostomia nelle ostruzioni ceco-coliche.* — Ancona, Stab. Tip. Coop., 1922.

Valobra I. N. *Su di una speciale sindrome poliglandolare associata a grave nevrosi celiaca.* — Terni, Alterocca, 1921.

Venturelli Giovanni. *Sopra un bacillo del gruppo del «B. asterosporus».* — Milano, Tip. «Agraria», 1922.

Id., Id. *Sulla sporoagglutinazione dei «penicillium».* — Milano, Tip. «Agraria», 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Le nuove disposizioni per l'assistenza degli esposti.

È stato pubblicato nella «Gazzetta Ufficiale» n. 63 il decreto n. 336 del 1923, che approva il Regolamento generale per il servizio di assistenza degli esposti. Ne riportiamo le disposizioni più importanti dal punto di vista dell'interesse sanitario.

ORDINAMENTO DEL SERVIZIO.

Il servizio di assistenza degli esposti è affidato alla Amministrazione provinciale, la quale vi provvede col ricovero e mantenimento degli esposti nei brefotrofi e in altri congeneri Istituti, mercè il collocamento dei medesimi a baliatico e in allevamento esterno e mediante la concessione di sussidi e premi alle madri che allattino e allevino i figli illegittimi ammessi alla assistenza pubblica (Art. 1).

Sono reputati esposti ed ammessi all'assistenza:

a) i fanciulli abbandonati, figli d'ignoti, che siano rinvenuti in un luogo qualsiasi della provincia;

b) i fanciulli per i quali sia richiesta la pubblica assistenza, nati nei Comuni della provincia da unioni illegittime e denunciati allo Stato civile come figli di ignoti;

c) i figli nati da unioni illegittime, non riconosciuti dai genitori e per i quali sia richiesta la pubblica assistenza, quando anche siano in seguito riconosciuti dalla madre, che si trovi in istato di povertà.

L'assistenza è dovuta dal giorno della nascita sino all'età prescritta per l'ammissione dei fanciulli al lavoro da speciali disposizioni di legge, senza riguardo al luogo di nascita, o di domicilio, all'età, allo stato civile, al numero dei precedenti parti e alle condizioni morali ed economiche della madre.

L'accertamento dello stato di povertà della madre sarà fatto unicamente nel caso previsto alla lett. *c*) (art. 4 e 5).

ISTITUTI PUBBLICI E PRIVATI.

Sono sottoposti alle prescrizioni del Regolamento i brefotrofi e in genere tutti gli Istituti pubblici e privati, che, sotto qualsiasi denominazione e in qualunque forma provvedano in modo principale all'assistenza degli esposti.

I dispensari o ambulatori per lattanti, gli asili e laboratori-nidi e in genere gli Istituti di puericoltura, anche se non dipendenti da brefotrofi, sono soggetti indistintamente alle norme del Capo VI del Regolamento riguardanti la tutela e la vigilanza sugli esposti (art. 6).

Per i bisogni dei ricoverati i detti Istituti debbono valersi di latte di sicura provenienza, provvedendo, all'uopo, ove ciò sia possibile, all'impianto e al funzionamento di una vaccheria propria, o ricorrendo, in mancanza di tale impianto, ad una vaccheria sottoposta a diretta vigilanza igienica.

Debbono in ogni caso disporre di una sezione per la razionale conservazione e pastorizzazione del latte, per la preparazione dei succedanei e per la conveniente pulitura dei poppatoi e dei recipienti di distribuzione (art. 7).

I brefotrofi e gli altri Istituti pubblici per l'assistenza degli esposti debbono avere un regolamento speciale, che comprenda le disposizioni d'indole sanitaria ed amministrativa, e particolarmente quelle relative alla nomina del personale tecnico-sanitario, al numero delle nutrici in proporzione degli assistiti, ecc. (art. 10).

La direzione dell'assistenza igienico-sanitaria nei brefotrofi e possibilmente anche nelle case di ricezione e negli altri istituti pubblici di cui all'art. 6, è affidata ad un medico responsabile (articolo 11).

Negli istituti pubblici di cui all'art. 6 la nomina del direttore e dei sanitari ha luogo per concorso e vien fatta rispettivamente dal Consiglio Provinciale o dall'Amministrazione dell'Istituto, fra i primi tre classificati dalla Commissione di cui nell'art. 13 (art. 12).

I concorsi per la nomina del direttore e dei medici negli Istituti pubblici di cui all'art. 6 devono essere fatti per titoli scientifici e pratici, e giudicati da una Commissione composta di tre membri, e cioè di un professore universitario di pediatria o d'igiene, anche libero docente, di un direttore di brefotrofio e di un componente scelto dall'Amministrazione da cui dipende l'Istituto (art. 13).

Il personale di vigilanza degli Istituti medesimi e quello di assistenza dei divezzi è scelto fra le donne che abbiano speciali attitudini e adeguata preparazione, e possibilmente fra le diplomate delle scuole di puericultura (art. 14).

I direttori dei brefotrofi, o direttamente, o per mezzo dei medici dipendenti, provvedono ad impartire al personale di vigilanza e di assistenza le necessarie nozioni teorico-pratiche di puericultura (art. 15).

AMMISSIONE DEGLI ESPOSTI.

In tutti i brefotrofi ed istituti congeneri e nelle case di ricezione, mantenute dalle Provincie prive di brefotrofi, l'ammissione degli infanti esposti ha luogo per consegna diretta, escluso il sistema delle ruote (art. 16).

È rigorosamente vietato di rivelare l'esito delle indagini compiute per accertare la maternità degli esposti ed è fatta salva, ove ne ricorrano gli estremi, l'applicazione degli articoli 163 e 177 del Codice penale (art. 18).

Nei casi in cui riesca possibile identificare la levatrice e il medico che hanno prestato assistenza durante il parto alla madre dell'esposto, gli ispettori li interrogheranno, allo scopo di accertare le condizioni sanitarie della puerpera (articolo 19).

(Le norme degli art. 20 a 24 riguardano la ricerca e il riconoscimento della maternità).

NORME PER LO ALLATTAMENTO E LO ALLEVAMENTO DEGLI ESPOSTI.

Gli esposti per i quali si chieda la pubblica assistenza, sono immediatamente visitati dai sanitari del brefotrofio, o della casa di ricezione, o dal medico condotto, che rilasciano il certificato

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

prescritto dall'art. 3 del regolamento approvato con R. decreto 4 agosto 1918, n. 1395.

I bambini presentati al brefotrofio, se riconosciuti affetti da malattie di carattere contagioso, vengono ricoverati nel reparto di isolamento; quelli che, pur non presentando sintomi certi di tali malattie, debbono, a giudizio dei sanitari, essere tenuti per un dato periodo di tempo in osservazione, sono trattenuti nelle sale di contumacia.

I bambini riconosciuti affetti da sifilide sono accolti nell'apposito reparto d'isolamento, di cui nell'art. 7 (art. 25).

L'amministrazione dell'Istituto ricoverante è, di regola, tenuta ad affidare il bambino, per l'allattamento, alla madre

Non è ammesso l'allattamento materno, quando la madre sia riconosciuta fisicamente incapace di allattare, o quando si oppongano ragioni d'indole igienico-sanitaria, concernenti la madre, o il bambino, oppure gravi motivi d'ordine morale (articolo 26).

L'allattamento materno può essere fatto, o nell'interno del brefotrofio, o a domicilio della madre.

Qualora non possono essere allattati dalla madre, i bambini immuni da malattie contagiose debbono essere di regola affidati, per l'allattamento naturale, alle nutrici, ognuna delle quali non può normalmente allattare più di due bambini.

L'allattamento artificiale in modo permanente dev'essere limitato ai bambini infetti o sospetti di sifilide, o di altra malattia contagiosa, per i quali non sia possibile l'allattamento materno.

Quando non sia possibile l'allattamento materno, i bambini che, per insufficienza numerica delle nutrici interne, non possono essere allattati nell'Istituto, debbono essere affidati, per l'allattamento, a nutrici esterne abitanti in campagna, alle quali è fatto obbligo di allattare anche il proprio bambino (art. 29).

Trascorso il periodo dell'allattamento, il bambino potrà essere ritenuto, o ritirato dalla madre, che riceverà in tal caso un sussidio mensile sino al compimento del periodo di assistenza.

Gli esposti divezzi, che non vengano ritenuti, o ritirati dalle madri, sono di regola ricoverati, sino al terzo anno di età, in un distinto reparto del brefotrofio e allevati da apposito personale femminile possibilmente specializzato in puericultura, sotto la continua vigilanza del direttore sanitario dell'Istituto o ad allevatori esterni, possibilmente abitanti in campagna, che avranno diritto ad una congrua retribuzione.

Assistenza sanitaria.

I medici condotti, nei territori dei rispettivi Comuni, sono obbligati, a norma dell'art. 24 del Testo Unico 1° agosto 1907, n. 636, al servizio sanitario degli esposti collocati a baliatico, o in allevamento esterno.

A tal uopo *essi devono visitare periodicamente le nutrici e gli esposti sino al decimo anno di età* e prestare a tutti gli esposti, sino alla cessazione del periodo di assistenza di cui nell'art. 4 del presente regolamento, le loro cure, se infermi.

Salvo il caso di malattia, la visita sanitaria è mensile per i lattanti e le rispettive nutrici, quadrimestrale per i divezzi dal 12° mese al 10° anno di età.

Il Comune deve provvedere alla somministrazione gratuita dei medicinali agli esposti allevati nel proprio territorio, a norma dell'art. 3 del citato Testo Unico 1° agosto 1907, n. 636.

L'Amministrazione incaricata del servizio d'assistenza degli esposti deve prendere accordi con gli Istituti che provvedono alla cura marina, o montana, dei bambini affetti da gracilità, rachitide, scrofola, forme tubercolari cutanee e simili per inviarvi quegli esposti che, per le loro condizioni sanitarie, abbiano bisogno delle detta cura. (art. 35).

Quando la nutrice non sia più in grado di continuare l'allattamento, o trascuri il buon governo del bambino, oppure essa o il bambino presentino sintomi anche sospetti di sifilide, il medico condotto ne avverte immediatamente l'Ufficio municipale e l'Amministrazione del brefotrofio, o della casa di ricezione, che provvedono in via d'urgenza al ritiro del bambino e, secondo i casi, al suo collocamento presso altra nutrice, o al suo allattamento artificiale, salvi i definitivi provvedimenti della detta Amministrazione (art. 36).

I medici condotti che non adempiano agli obblighi o trascurino gli adempimenti prescritti sono passibili delle sanzioni disciplinari prescritte dalle vigenti disposizioni legislative e regolamentari sull'assistenza medico-chirurgica (art. 38).

Tutela e vigilanza sugli esposti.

Gli articoli 39 a 44 riguardano la tutela e la vigilanza a cura dell'Amministrazione degli esposti e di altre autorità.

Il Ministro dell'Interno dispone ispezioni periodiche sul servizio d'assistenza degli esposti.

In ogni provincia è istituita una Commissione di vigilanza composta del consigliere di Prefettura addetto al servizio delle Opere pie, del medico provinciale e del direttore della Clinica dermosifilopatica, o ostetrica, o pediatrica, dove esistano, e, in mancanza, d'un medico specializzato.

La Commissione è nominata con decreto del Prefetto, che ne designa il presidente e dura in carica un biennio.

Essa deve visitare, almeno una volta all'anno, i brefotrofi, le case di ricezione e gli analoghi Istituti, che provvedono all'assistenza degli esposti.

Il Prefetto può designare speciali ispettrici da scegliersi fra le persone dedite all'assistenza infantile, con l'incarico di vigilare e riferire sull'andamento igienico e morale dei brefotrofi e sul trattamento degli esposti collocati a baliatico, o in allevamento esterno, nei Comuni di loro residenza.

Le funzioni di tali ispettrici sono gratuite (articolo 42).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per l'insegnamento della " statistica „ nelle Facoltà di Scienze mediche e naturali. (1)

Imminente riforma universitaria. E però, abolizione di cattedre, o trasformazione di esse, da un lato; creazione di nuovi insegnamenti, dall'altro.

Quid di una dimenticata, quasi spregiata, e nella facoltà giuridica accantonata materia di insegnamento: la « statistica?». *Quid* di quella « statistica » che, inutile per eccellenza, come ognun dice e ripete, è pur diventata, di fatto, strumento quasi magico di indagine, e da tempo non poco, nel campo delle scienze mediche e naturali?

Non so quel che accadrà. Nè vale interrogare Sibille. So, semplicemente, che la « statistica », pur avendo a rimanere, sebbene ringiovanita, nelle facoltà giuridiche, avrebbe ancor da passare alle facoltà di scienze mediche e naturali. Onorevole e illustre Ministro, a Voi questa povera strofe della mia modesta canzone; a Voi che coltivate le rose, e gli allori, dell'avvenire! Occore, alla mia proposta, dimostrazione?

Sarò brevissimo. Che cosa è la « statistica »? È... tante cose. Non te ne avere a male, lettore, se, dalla scolastica comincio con l'estrarre un: *distinguo*. E distinguiamo. Può essere « statistica » lo studio quantitativo dello stato, della composizione e del movimento della popolazione. E cioè: densità, urbanismo, classi e professioni, nascite, morti, malattie, migrazioni. È una *scienza*. È la *demografia*. Nota ancora, lettore, e noti il Ministro — se il vile metallo di questa prosa avrà l'onore di ascendere all'oro e alle gemme delle proposte prese in esame per l'imminente riforma — che la demografia ha, per lo meno, due scintillantissimi capitoli, dei quali il medico, in genere, e l'igienista in particolare, non possono fare a meno. Il capitolo sulla mortalità, sulle cause di morte, e sugli indici di vitalità di una popolazione, e il capitolo sullo studio biologico-quantitativo delle classi sociali (ricchi e poveri) e delle professioni. Di fatto, il primo capitolo è quasi diventato scienza autonoma sotto il nome di *biometria;* e i medici-igienisti dovrebbero saperlo... a memoria. Ma dove lo studiano? E il secondo capitolo, è anche diventato quasi scienza autonoma, sotto il nome di *antropo-sociologia delle classi e delle professioni*, o almeno è compreso entro l'ambito di tale nuova specializzazione, dovuta essenzialmente a studi italiani... E anche qui dirò: — Ma dove studiano tutto ciò, gli studenti in medicina?

Passiamo ad un'altra ajuola, in questo trascorrer che facciamo per... il giardino statistico. Veniamo, cioè, ad altra forma, o senso, di « statistica ». La « statistica » è anche *metodo*. Non più, dunque, scienza demografica o altra disciplina. È squisitissimo metodo di indagine che scopre la regolarità, l'ordine, le « leggi », nei fatti quantitativi e anche nei fatti qualitativi, purchè suscettibili di classificazione rigorosa. È allora *metodologia statistica*. A che cosa applicabile? Da venti anni, in fino a oggi, una rigogliosa scuola inglese e americana ha mostrato che i vegetali, gli animali, l'uomo — il che è a dire la botanica, la zoologia, l'antropologia — si possono e si debbono studiare con alcuni delicati metodi statistici detti biometrici, e hanno fondato la *Biometrica*. In Italia si è fatto il medesimo. Si è persino mostrato che finissimi metodi biometrici sono applicabili allo studio del mondo inorganico e si è scritto e mostrato che si può e si deve fare la « misura della vita », oltre che nel mondo organico e superorganico, anche in quello... inorganico. A proposito: l'anatomia umana e comparata, che erano descrittive, non vanno diventando descrittive-quantitative?

E mi ripeto: dove studiano i metodi statistici della variabilità e delle correlazioni, e dove studiano la Biometrica i futuri medici e i futuri naturalisti?

Lo spazio fugge; anzi è fuggito. Ma riman pur anco qualche ajuola da mostrare, tutta fiorita. Abbiamo detto:

1) Statistica metodo, e soprattutto metodi « biometrici », da insegnarsi nelle Facoltà di Scienze e di Medicina;

2) Statistica demografica, e cioè scienza particolare, e soprattutto in quelle sue parti che toccano la « biometria », e l'antropo-sociologia delle classi e delle professioni, da insegnarsi, come sopra, nelle Facoltà di medicina.

---

(1) Il prof. ALFREDO NICEFORO, con le sue opere: *Les classes pauvres* (Paris, 1905); *Antropologia delle classi povere* (Milano, 1908, Lipsia, 1910); *Ricerche sui contadini* (Palermo, 1908); *La misura della vita* (Torino, 1919), ha portato largo tributo all'applicazione del metodo statistico a problemi biologici. E anche a problemi più specialmente bio-sociologici, come nelle sue *Lezioni di Demografia* (Napoli, 1922) e nei suoi *Indices numériques de la civilisation et du progrès* (Paris, 1921). Siamo perciò lieti di pubblicare queste sue proposte circa le possibili modificazioni da portarsi nell'insegnamento universitario della statistica.

3) Aggiungeremo: e nelle Facoltà giuridiche? La cancelliamo — la statistica — con un tratto di penna? Lasciatemi, per un istante ancora, continuare a distinguere. No, non v'è da cancellar nulla, perchè, anche qui, come diceva Orazio, *angolus ridet*, anche qui angoli ridenti di terra! V'è una... Italia in cifre, voglio dire una conoscenza quantitativa della vita collettiva italiana, che nessun italiano conosce, e che tutti dovrebbero conoscere. Territorio, clima, popolazione, produzione, lavoro, finanze, e via dicendo, per l'Italia *in toto*, per le Regioni, e nei confronti internazionali. Anche questa è una «statistica». È la statistica che si può chiamare territoriale, interregionale e internazionale, e che il grande Buckle diceva, nella sua «Civiltà inglese», costituire l'anatomia di una Nazione. Orbene: dalle Facoltà di legge non si esce soltanto avvocati principi... o taglia-orecchi; ma anche amministratori del Comune, della Provincia.... dello Stato (perchè no?), o semplicemente studiosi della vita nazionale. Ebbene, ecco *una* delle forme di «statistica» da insegnarsi nelle facoltà giudiriche, necessaria a coloro tutti di cui sopra.

Vorrei finire. Con l'aggiungere: Comma quarto. Onorevole Ministro: voi ci avete regalato quei famosi tre o quattro commi sulle destituzioni dei professori universitari... Permettete almeno che vi offra anch'io il modestissimo mazzolino di viole dei presenti commi, che Voi prenderete in benevola considerazione. E dico:

4) È anche «statistica» questa o quella forma di statistica applicata. La *statistica economica*, a mo' d'esempio. Gli studenti della Facoltà giuridica (che è anche Facoltà di scienze economiche e sociali) dovrebbero conoscerla. E la *statistica della criminalità*? Vedi sopra. Non è giusto? Non è logico?

E taccio d'altro, per concludere. Nelle Facoltà giuridiche ha da studiarsi «statistica» come metodo, come conoscenza quantitativa della vita italiana, e come applicazione demografica, economica, e allo studio della criminalità.

Nelle Facoltà di scienze ha da studiarsi «statistica» come metodologia e come applicazione biometrica.

Nelle Facoltà di medicina, come metodologia, come biometria, come biometrica, e come demografia.

Possa la Dea Minerva, dall'occhio azzurrino e brillante, porgere non corrucciato orecchio!

ALFREDO NICEFORO,
prof. ord. di Statistica e Demografia nella R. Università di Napoli.

Cronaca del movimento professionale.

Per i medici di bordo.

I colleghi che per le recenti disposizioni si vedono esclusi dai prossimi esami per limiti di età, e che si trovano ad aver già presentato nelle decorse sessioni d'esame la domanda per l'autorizzazione, sono pregati di rivolgersi per accordi circa una comuse azione al dott. Nanni, via Clitunno, 10, Roma (36).

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione della sottoscrizione*, vedi fasc. 16).

(VERONA):

Ten. Col. Bernucci	L. 120 —
Ten. Col. Toda	» 120 —
Ten. Col. Pavia	» 120 —
Magg. Med. Bertelli	» 100 —
Magg. Med. Ciarlo	» 100 —
Magg. Med. Suma	» 100 —
Magg. Med. Noce	» 100 —
Magg. Med. Gazza	» 100 —
Magg. Med. Singlirco	» 100 —
Magg. Med. Screzella	» 100 —
Magg. Med. Gelormini	» 100 —
Magg. Med. Casella	» 100 —
Cap. Med. Tattoni	» 80 —
Cap. Med. Failla	» 80 —

(VARIE):

Dott. Tetoldi (Pieve S. Giacomo)	L. 20 —
Dott. Bocchi (Cremona)	» 20 —
Dott. De Paoli (Caseletto)	» 10 —
Dott. Agosti (Offanengo)	» 10 —
Dott. Rizzi (Milano)	» 50 —
Dott. Sicurtà (Milano)	» 20 —
Dott. Laonati (Milano)	» 20 —
Dott. Urbano (Milano)	» 20 —
Dott. Brudaglio (Milano)	» 100 —
Dott. Vallardi (Milano)	» 20 —
Dott. Gilardoni (Milano)	» 20 —
Dott. Maroni (Milano)	» 20 —
Dott. Golgo (Milano)	» 20 —
Dott. Bertarelli (Milano)	» 50 —
Dott. Cesabianca (Milano)	» 30 —
Dott. Ceresoli (Milano)	» 20 —
Dott. Tomaselli (Milano)	» 20 —
S. Ten. Med. Varese (Torino)	» 65 —
S. Ten. Med. Giuffrida (Torino)	» 65 —
Dott. Rizzi (Cremona)	» 50 —
Dott. Zanini (Cremona)	» 25 —
Dott. Lanzoni (Cremona)	» 25 —
Dott. Manaia (Cremona)	» 50 —
Dott. Palladino (Carpaneta d'Osimo)	» 20 —
Dott. Ronconi (Cremona)	» 10 —
Dott. Cavalli (Pieve d'Olmi)	» 10 —
Dott. Celli (Cremona)	» 50 —
Dott. Soldi (Vescovato)	» 50 —
Dott. Lazzarini (Olmeneta)	» 50 —
Dott. Bettazzi (Annicco)	» 20 —
Dott. Severico (Cremona)	» 20 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALFEDENA (*Aquila*). — Scad. 4 mag. L. 6000 e 4 sessenni, doppio c.-v., L. 500 uff. san.

ATELETA (*Aquila*). — Scad. 5 mag. L. 6000 e 4 sessenni. Ab. 3055; pov. 300.

BICCARI (*Foggia*). — Scad. 10 mag. L. 4500; un c.-v.; L. 1000 uff. san. Chiedere avviso.

CATANZARO. *Congregazione di Carità*. — Chirurgo primario Ospedale Civile; L. 6000 e 60 % compensi operazioni a pagam. Docum. alla Segreteria non oltre ore 12 del 15 maggio. Età massima 45. Biennio di assistentato effettivo in Clinica universitaria od ospedaliera.

CHIETI. *Congregaz. di Carità*. — Due assistenti nel Reparto Chirurgico dell' Ospedale Civile; lire 2014 (*sic*) annue, c.-v. e altri proventi. Docum. alla Presid. Scad. ore 12 del 20 mag. Laurea da tre anni.

CHIOGGIA (*Venezia*). — *Congregazione di Carità*. — Medico primario Ospedale Civile. Docum. all'Ufficio di Segreteria. Scad. 5 mag.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 giugno. L. 2400 (*sic*) annue pei pov., percentuali del 50 e 60 % sulle tasse di cura, integraz. fino a L. 10,000 pel primo biennio. Laurea da 10 anni. Docenza in pat. o clin. med. Il Cons. d'ammin. potrà rinnovare la gara.

FOGGIA *R. Prefettura*. — Scad 30 mag.; 19 posti di uff. san., dei quali 14 a L. 1000, per Vicote a L. 2500, Castelnuovo della Daunia a L. 2750, Bovino e Rodi Garganico a L. 4000, Ortanuova a lire 4500. Esami. Biennio di prova. Serv. entro 30 g.

RAMACCA (*Catania*). — L. 5000 oltre L. 1500 cav., 5 quinq. decimo, 2 c.-v. Scad. entro 12 mag.

RAPAGNANO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 29 mag. Età lim. 45. L. 6500 resid., L. 1000 per 1000 pov., addizion. L. 2.50; L. 3000 cavalc.; tre sessenni di due decimi ciasc.; L. 500 uff. san.; L. 100 mensili caro-viv., ecc. L. 4500 temporaneam. per i non facoltosi non poveri. Ab. 1752.

ROCCA DI CAMBIO (*Aquila*). — Scad. 10 maggio. L. 7000, c.v.; 4 sess., L. 500 uff. san., L. 1200 disag. resid. Età limite 40.

SACILE (*Friuli*). *Ospedale Civile*. — Medico caporeparto medicina e detto chirurgia; vedi fasc. 15. Scad. ore 18 del 15 maggio.

SASSOFERRATO (*Ancona*). — Seconda zona. Scad. ore 13 del 12 mag. L. 12,500 e bienni del ventes. fino a L. 16,000, oltre L. 2400 rimborso spese cav. e le indenn. c.-v. Età limite 40. Chiedere annunzio.

SCANSANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag. Due cond., L. 10,000 per 1000 pov.; 4 sessenni dec., addiz. L. 2; doppio c.-v.; L. 2000 cav.; assicur.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Tre cond.; non oltre 10 mag. Età lim. 40. L. 6000 base; per due cond. L. 2000 disag. resid., per una L. 500 ambulat. antimal.; un c.-v. Chiedere annunzio.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Bondeno (Ferrara) perchè non conforme capitolato modello.

NOTIZIE DIVERSE.

VI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro.

Sotto la presidenza del prof. Devoto, si sono riuniti a Firenze i membri del Comitato organizzatore di questo Congresso, che sarà tenuto a Venezia; sono stati concretati i temi:

1. *Effetti del lavoro uniforme e monotono sull'organismo umano* (relatori: prof. Cevidalli dell'Università di Padova e prof. Donaggio dell'Università di Modena).

2. *Programmi di assistenza prenatale per la madre gestante sana e malata* (relatori: prof. Ferroni dei RR. Istituti Superiori di Firenze e prof. Devoto dei RR. Istituti Clinici di Milano).

3. *Orari ridotti di lavoro per operai parzialmente invalidi* (relatori: prof. Gaetano Pieraccini dei RR. Istituti Superiori di Firenze e prof. Fabio Vitali di Venezia).

Per la lotta contro il tracoma in Sicilia.

Per intensificare la lotta antitracomatosa in Sicilia, si sono stabiliti presso la Clinica Oculistica di Palermo dieci posti per medici condotti che intendano seguire il corso quadrimestrale di perfezionamento sul tracoma (aprile-luglio) tenuto dal prof. Lodato, d'accordo col Ministero.

La cura solare e la protezione dell'infanzia.

In una conferenza tenuta presso l'Ufficio Comunale d'Igiene il dott. A. Prati ha rilevato che la cura solare è rinata a vita scientifica soltanto nell'ultimo trentennio, con scarsa partecipazione dell'Italia, sebbene sia il paese del sole per eccellenza; è ora Leysin (Svizzera) il maggior centro di cure solari, dove il Rollier, in base ad esperienza omai lunga, sopra 20 mila malati circa, ha dimostrato perentoriamente, con la prova clinica e radiografica, che il sole guarisce la tubercolosi, e non le sole forme esterne, ma anche le profonde non escluse le polmonari, le quali, comunque, possono beneficiarne pel miglioramento delle condizioni generali. È possibile valersi del sole anche come agente profilattico.

E poichè il sole splende in Italia, specialmente in estate, intensamente dovunque, è conveniente l'istituzione di colonie solari in tutta vicinanza dei centri abitati, anche alla pianura, in modo che, potendo i fanciulli ritornare ogni sera a casa, la spesa di assistenza viene notevolmente ridotta, in confronto di quella occorrente per mandare i fanciulli lontano, al mare ed in montagna.

L'oratore illustrò particolarmente le Colonie solari locali, la *Scuola al Sole* a complemento e in sostituzione della semplice *Scuola all'aperto*, nonchè l'educazione fisica Hebertiana, secondo cui esercizi razionali, e non acrobatici o violenti, si svolgono all'aperto, previo adatto allenamento, a torso ed estremità nude, come in antico, in pieno contatto dell'aria e sopratutto del sole

La conferenza fu illustrata da proiezioni.

Per le nomine degli assistenti universitari.

In conformità al R. Decreto 7 dicembre 1922, n. 1594, i professori che intendono far cessare col 15 ottobre 1923 dall'ufficio di aiuto od assistente qualcuno del personale alla loro dipendenza, dovranno darne avviso preventivo agli interessati non oltre il 15 luglio 1923, motivandone le ragioni, da inviarsi al Ministero.

Per quanto riguarda le nuove nomine, a datare dall'anno scolastico 1923-924 occorre sia bandito apposito concorso, da pubblicarsi nel *Bollettino Ufficiale* almeno 30 giorni prima della scadenza del termine. Il concorso è per esame ed a parità di merito i titoli stabiliranno la preferenza. La Commissione giudicatrice sarà nominata dal Rettore e composta del titolare della Cattedra e di altri due insegnanti ufficiali universitari. L'opera dei Commissari è gratuita.

La terna degli idonei sarà pubblicata nel *Bollettino* del Ministero dell'Istruzione pubblica.

Per gli studiosi di assicurazioni sociali.

In questo momento di grande risveglio di studi sulle assicurazioni sociali, giunge particolarmente utile una nuova pubblicazione della «Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli Infortuni sul lavoro», che contiene il Catalogo della sua Biblioteca specializzata composta di circa diecimila volumi.

Da ogni parte politica oggi si discute di problemi inerenti alle assicurazioni sociali ed è, quindi, opportuno che sulla materia sia offerta agli studiosi una guida bibliografica precisa, completa, obiettiva.

Le opere registrate in questa prima parte del catalogo riguardano le Scienze giuridico-sociali e specialmente la previdenza sociale; mentre le opere di indole medica, delle quali la Biblioteca del nostro massimo Istituto assicuratore è ricca, figureranno in un secondo volume.

Due indici analitici, per materia ed autore, corredano l'accurata e pregevole pubblicazione che può ritenersi di sicuro giovamento per tutti coloro che, a scopo di studio e di realizzazioni pratiche, si occupano delle assicurazioni sociali .

Libri tedeschi in conto riparazioni dello Stato tedesco.

Il Ministero della P. I. comunica ai nostri Istituti scientifici che gran parte dei libri richiesti alla Germania, in conto riparazioni, sono stati acquistati dallo Stato tedesco, e quanto prima saranno spediti in Italia.

Ma poichè la Germania, oltre alle pubblicazioni che invierà fra breve, dovrà ancora spedirne altre in Italia, anche esse in conto riparazioni, qualora gli Istituti non abbiano presentato alcuna richiesta al riguardo o l'abbiano presentata incompleta, i direttori sono invitati ad avanzare nuove domande al Ministero.

Per facilitare la compilazione dell'elenco complessivo da presentare al Governo germanico, le richieste dovranno essere scritte sopra schedine numerate, oblunghe (7 × 14), con indicazioni precise, e cioè: cognome e nome dell'autore, titolo, editore, anno di pubblicazione.

Il Ministero, riservandosi di ridurre, in caso di bisogno, le domande che saranno presentate, non pone alcun limite al numero di esse; avverte però che, in ogni caso, non dovranno essere inviati in Italia, e conseguentemente non dovranno essere richiesti, libri pubblicati dopo il 31 dicembre 1919.

Società Messicana "Cesare Lombroso".

In presenza delle autorità messicane ed europee, è stata inaugurata a Messico la Società Cesare Lombroso, sorta per diffondere la cultura italiana, sotto il Patronato dell'Associazione Medica Messicana, che ha ceduto all'uopo una magnifica sala nella sua sede Avenida Juares, 18.

Ha avuto per iniziatori i colleghi messicani Silvio Bonansea e Daniele Velez e Gina Lombroso.

Il dott. Silvio Bonansea, oltre a moltissimi pregevoli libri di sua proprietà, cedette alla Società un magnifico ritratto di Cesare Lombroso con autografo, avuto dal Lombroso quando egli era studente: esso ha per il donatore un alto significato simbolico e un valore affettivo.

Le autorità ammirarono assai le opere italiane e le riviste mediche e storico-scientifiche raccolte e che fanno grande onore all'Italia.

La «Asociacion Medica» si è incaricata di edire a sue spese il catalogo dei volumi pervenuti alla Società e di interessarsi a che gli studiosi messicani acquistino opere italiane.

La Società Cesare Lombroso sta trattando per stabilire relazioni fra studiosi messicani e italiani, ed ha già quasi ottenuto il passaggio gratuito su vapori italiani per due italiani che ogni anno vadano da Messico in Italia, e viceversa.

Corso di perfezionamento in Clinica Pediatrica.

Si terrà dall'11 maggio al 20 giugno presso l'Università di Roma ed avrà carattere eminentemente pratico. La quota d'iscrizione, da versare all'Economo, è di L. 250, più L. 50 per tassa d'esami e diploma. Il numero degli iscritti è limitato.

Nella stampa sanitaria.

Ha iniziato le pubblicazioni, sotto i migliori auspicî, «La Nuova Veterinaria», fondata e diretta dal prof. Alessandro Lanfranchi, clinico veterinario di Bologna. La nuova rivista, a periodicità mensile, è densa di contributi originali, questioni d'attualità, riviste generali e analitiche, note pratiche, informazioni varie; non trascura gl'interessi professionali.

Per la modernità dei concetti direttivi e la ricchezza del contenuto, si raccomanda anche ai medici che intendono la necessità di addivenire ad una «medicina comparata» mercè la più intima collaborazione delle due medicine, umana e veterinaria, oggi troppo disgiunte; nonchè di legare in un fascio tutte le forze sanitarie.

Farmacisti condannati.

La IX Sezione del Tribunale di Roma ha confermato una sentenza del R. Pretore del I Mandamento, il quale aveva condannato il farmacista Fantasia a L. 1000 di ammenda per esercizio abusivo della farmacia, in via Merulana.

La II Pretura di Roma ha condannato a L. 200 di multa il farmacista Giglio per aver tenuta aperta ripetutamente la farmacia in domenica (articolo 14, legge 22 maggio 1913).

È morto a Berlino in età di 79 anni il professore ERNST L. SALKOWSKI, a lungo direttore del Laboratorio chimico dell'Istituto Patologico di Berlino. La sua attività si è svolta in tutti i campi della chimica fisica e della chimica fisiologica e patologica. Fondò la dottrina dell'autolisi; introdusse metodi analitici per la determinazione dell'acido urico e di altri prodotti del ricambio; ben note sono le sue ricerche sulla pentosuria. Con Leube pubblicò il classico trattato «Die Lehre vom Harn».

Il dott. EUGENIO MINOSSI, nato a Roma 58 anni or sono, fu allievo di Baccelli e Rossoni che lo ebbero carissimo. Si dedicò con particolare amore alla divulgazione e popolarizzazione dei precetti di igiene, prima sulle colonne della «Tribuna», poi dalla cattedra d'igiene istituita nella Scuola Professionale «Margherita di Savoia». Compilò varî opuscoli di propaganda igienica, quali «Il corpo umano»; «Infezione e disinfezioni»; «Soccorsi d'urgenza», ed il volume «Le malattie infettive». Per i piccoli scrisse, in forma piana e dilettevole, «L'albero della vita - Memorie di un fanciullo», che il suo amico Vincenzo Morello (*Rastignac*) adornò d'una brillante prefazione.

Della sua opera professionale, coscienziosa e disinteressata, possono testimoniare i ricoverati dell'Istituto dei Sordo-Muti, cui dedicò per lunghissimi anni non piccola parte della sua attività.

f. s. p.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Pediatria, 15 gen. — I. NASSO e M. MALLARDI. Stibio-resistenza e stibio-intolleranza nella cura della leishmaniosi infantile.

Lancet, 20 gen. — A. F. HURST. Rapporti tra l'acloridria e l'anemia perniciosa e altre malattie. — W. A. LANE. Sul trattamento delle fratture.

British. Med. Journ., 20 gen. — C. BERKELEY. Su di alcune difficoltà pratiche in ostetricia e ginecòlogia. — O. C. L. FITZWIL CIANUS. Diagnosi di indurimenti delle mammelle.

Münch. Mediz. Wochens., 19 gen. — G. SINGER e R. WILLHEIM. Chemoterapia delle infezioni delle vie biliari. — HAMMER. Sulla tecnica della puntura della pleura.

Presse Méd., 20 gen. — M. POLONOVSKI e E. DUHOT. Glicemia e glicorachidia.

Rev. Méd. Suisse Rom., dic. — P. PICCARDO. La «nevrosi degli assicurati». — R. GOUIN. Apoplessia serica; intolleranza agli arsenobenzoli.

Prensa Méd. Argent., 20 dic. — S. MAZZA e E. V. MERLO. Il novarsenobenzolo per via intestinale nelle flagellosi intestinali.

Archivi.

Journal Nerv. a. Ment. Disease, gen. — L. B. ALFORD. La base strutturale delle neurosi e delle psicosi.

Acta Medica Scand., IV. — S. HESSER. I gruppi ematici di Moss si applicano alle isoemolisine?

Arch. d. Mal. du Coeur, ecc., dic. — I. NANU MUSCEL, G. ALEXANDRESCU-DERSEA e E. LAZEANU. I disturbi cardiaci consecutivi agli aneurismi arterio-venosi.

Annali Istit. Maragl., 1. — E. MARAGLIANO. Odierne conquiste in tisiologia.

Indice alfabetico per materie.

Anestetici locali nell'iperaccitabilità sessuale . . . . Pag. 572
Asma ed aspirina . . . . » 575
Assistenza agli esposti: nuove disposizioni . . . . » 577
Bibliografia . . . . » 569
Bronchiti e broncopolmoniti infantili: trattamento con le iniezioni di etere . » 574
Caverne polmonari: guaribilità . . . . » 575
Coriza spasmodica . . . . » 573
Creatinina: eliminazione in rapporto alla funzione muscolare . . . . . . » 571
Cronaca del movimento professionale . » 581
Difterite: diagnosi batteriologica rapida col metodo di Langer e Krüger . . . » 553
Encefalite letargica: condizioni del cuore nei postumi di — . . . . . . » 571
Epilessia: trattamento col luminal . . » 571
Eritrociti: sedimentazione; applicazioni in ostetricia e ginecologia . . . . . » 572
Infezione melitense: cure . . . . . . » 576
Ipernefroma: origine e sintomatologia . » 575
Ipodermoclisi: liquidi usati . . . . Pag. 570
Legge di Colles . . . . » 572
Milza: assenza congenita . . . . . » 575
Oftalmoblenorrea: trattamento con nitrato d'argento . . . . » 570
Onda dicrota: origine . . . . . . » 570
Pediatria: quesiti . . . . » 576
Peritonite acuta purulenta diffusa: trattamento con iniezioni endoperitoneali di etere solforico . . . . » 558
Pneumococchi: tipi in rapporto alla sieroterapia e alla vaccinoprofilassi . . » 567
Pneumotorace artificiale: tecnica . . . 562, 564
Polmonite: cura sintomatica . . . . . » 573
Radioattività e unità della materia . . » 576
Reazione di Wassermann: natura delle reazioni e cause di errore . . . . . » 566
Statistica: per l'insegnamento della — nelle Facoltà di Scienze mediche e naturali . . . . » 580
Tubercolosi polmonare e gravidanza . . » 574
Vaccinazione antidifterica: efficacia . . » 568

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 7 maggio 1923 Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Saraceni: Le cause di errore nell'esame radiologico della colonna vertebrale ed i mezzi per evitarle.
Osservazioni cliniche: V. Caccini: La guarigione della peritonite acuta purulenta diffusa con iniezioni endoperitoneali di etere solforico.
Note e contributi: G. Roasenda: Autofagia ed automutilazioni in paralitici ed epilettici.
Medicina sociale: A. Rosica: La difesa sociale contro il tracoma.
Sunti e rassegne: SEMEIOTICA: A. Carducci: Note di semeiologia fisica sulle cisti di echinococco del polmone. — PATOLOGIA GENERALE: Kraus: Sistema vegetativo e individualità. — VENEREOLOGIA: W. Scholtz: Sul valore del trattamento interno della gonorrea.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Congresso internazionale di Talassoterapia. Venezia.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sistema digerente: L'azione dannosa dei purganti. — Incidenti nell'appendicectomia. — Funzioni e reazioni dello stomaco osservate ai raggi X. — Oculistica: Affezioni oculari causa di cefalalgie. — Il pronto soccorso nelle lesioni oculari. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Contributo sperimentale alla questione della circolazione del liquor nell'uomo. — VARIA. — PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Provvedimenti eccezionali per gli impiegati degli enti locali. — Per le opere antitubercolari. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

Le cause di errore nell'esame radiologico della colonna vertebrale ed i mezzi per evitarle.

Prof. dott. FILIPPO SARACENI
Dirigente nei Gabinetti Radiologici
degli Ospedali di Roma.

Lo studio del rachide è uno dei problemi più ardui della radiologia. Le possibilità di errore sono frequentissime.

Spesso le alterazioni delle vertebre sono molto lievi e perciò poco riconoscibili. Se le lesioni sono gravi, non di rado la loro ricerca è difficile perchè esse sono localizzate in punti nascosti dalle altre porzioni della vertebra e da gran parte dello spessore del tronco.

Le cause di errore possono essere intrinseche, o derivano cioè dalla complessa struttura del rachide, ovvero possono avere origine estrinseca, essere cioè la conseguenza di una tecnica e di un materiale non perfetto: per esempio di una errata impostazione dell'ampolla, di una asimmetrica posizione del paziente, di difetti di lastra, di errori nello sviluppo. Altri errori possono derivare dall'esistenza di anomalie di origine non patologica ma costituzionali. Come l'aspetto delle persone, così la configurazione dello scheletro non è sempre nè da per tutto eguale. Conoscere queste variazioni fisiologiche, che nel rachide sono molto frequenti, sovratutto nei segmenti lombo-sacrali, saperle distinguere da lesioni traumatiche e flogistiche è un postulato indispensabile per evitare false interpretazioni della patogenesi dei disturbi, che un paziente presenta tanto più che spesso dette lesioni sono a cavallo fra il normale e il patologico.

Una lesione può essere simulata dall'incerto contorno di una vertebra, dal non perfetto contatto della regione del corpo con la lastra. La rotazione del rachide, conseguenza dello speciale decubito del soggetto, può essere ritenuta di origine secondaria e patologica.

Soltanto l'esperienza acquistata con lunghi anni di studio, con l'esecuzione e l'esame di numerose lastre radiografiche, soltanto una buona preparazione anatomica e clinica, possono togliere d'impaccio nell'interpretazione del difficile groviglio di linee, di macchie, di ombre, che un'immagine radiologica del rachide presenta.

La radiodiagnostica vertebrale richiede quindi un istrumentario di primo ordine ed un

tecnicismo accurato, altrimenti si hanno risultati monchi, incerti, contradditorii, i quali, anzichè dare la chiarezza, sono causa di confusione e di perplessità nelle ricerche. La mancata od ancora non avvenuta ossificazione (in genere nei neonati) fra il corpo vertebrale e l'arco, fra le due metà dell'arco, e fra questo e l'apofisi trasversa d'ambo i lati, possono mentire delle fratture, e nella regione lombare, nel sacro possono simulare una spina bifieda occulta.

I corpi vertebrali degli individui giovani hanno angoli molto rotondeggianti, bordi laterali poco incurvati. Le radici dell'arco nelle regioni più laterali dei corpi determinano zone ovalari di minore densità, che potrebbero essere credute focolai di carie.

Nei fanciulli al disotto di 10 anni gli spazii intervertebrali sono molto larghi, essendo i dischi epifisarii ancora cartilaginei.

Fra i 10 e i 12 anni al di sotto e al di sopra dei corpi vertebrali, e nelle lastre di profilo negli angoli anteriori dei corpi stessi appaiono piccoli ed irregolari anelli ossei che potrebbero essere presi per frammenti ossei derivanti da fratture parcellari o per nuclei di proliferazione periostale. Essi invece sono costituiti da focolai di calcificazione dei dischi epifisari. In quell'età si può osservare anche a metà altezza dei corpi vertebrali, specie dorsali, visti di profilo, una breve fenditura. Essa è determinata dal canale nutritizio della vertebra, il quale in tale periodo della vita è appariscente perchè l'arteria nutritizia è molto ricca di sangue (Hahn).

Fra i 12 e i 13 anni fino ai 24 o 25 i dischi epifisari appaiono completamente ossificati e sono visibili sul margine superiore ed inferiore dei corpi di tutte le vertebre, tranne che nell'atlante e nelle ultime tre vertebre coccigee, che ne mancano. Essi sono separati dalla diafisi del corpo vertebrale da linee trasparenti, che specialmente quando hanno bordi un poco ondulati o seghettati, come spesso avviene, possono simulare linee di frattura. Il loro decorso, regolarmente orizzontale, e più di ogni altra cosa la loro moltiplicità ce ne fanno riconoscere facilmente l'origine.

Le curve scoliotiche, normalmente e patologicamente esistenti, possono sulla lastra radiografica non apparire od apparire esagerate.

Per riprodurle esattamente occorre una impostazione mediana dell'ampolla ed un esame radiografico del rachide a tratti separati, segmento per segmento.

Le curve cifotiche sono visibili solo nelle proiezioni laterali.

Nelle posizioni sagittali il sovrapporsi dei margini trasversali di alcune vertebre, determina la scomparsa, come avviene nelle articolazioni flesse, delle linee intervertebrali, e detto fatto può simulare una anchilosi o una lussazione, e la poco appariscente limitata altezza dei corpi vertebrali può mentire uno schiacciamento dei corpi stessi.

Fatti consimili si verificano anche nei tratti della lastra colpiti dai raggi obliqui, tanto più esageratamente quanto più la regione è lontana dal piede focale.

Nelle cifosi le apofisi spinose appaiono allontanate le une dalle altre: nelle lordosi invece esse si vedono ravvicinate.

Normalmente l'apofisi spinosa della vertebra sovrastante, si proietta in quella sottostante, eccetto nelle ultime due vertebre lombari, nelle quali la spina si proietta sul corpo della vertebra, alla quale essa appartiene.

I rapporti in senso longitudinale e sagittale dei vari elementi costitutivi delle vertebre sono riconoscibili solo con proiezioni di profilo.

Le cause di errore sono più frequenti nella regione cervicale del rachide per la complessità di forma, di costituzione, di struttura delle singole vertebre e che probabilmente è in relazione con la grande varietà ed estensione dei movimenti, che avvengono nel collo. L'aspetto che la colonna cervicale assume nelle varie posizioni è differentissimo. In proiezione laterale spesso si osserva una irregolare notevole trasparenza dell'occipite in corrispondenza della base della fossa cranica posteriore. Si potrebbe pensare ad un morbo sotto-occipitale e ad una diffusione del processo di flogosi all'occipite.

Il reperto è invece del tutto normale: esso deriva dalla struttura spongiosa della squama occipitale.

Anteriormente ai corpi delle vertebre cervicali, in posizione laterale, si può osservare una tenue linea di addensamento e talora delle ombre irregolari a densità uguale a quella dell'osso, che, se la posa è obliqua, sembrano partire dalla faccia anteriore dei corpi vertebrali. Trattasi nel primo caso non di fatti di periostite ma dell'ombra data dal legamento longitudinale anteriore, ben visibile specialmente in corrispondenza delle prime vertebre cervicali, e nel secondo caso di zone di calcificazione del legamento stesso o delle cartilagini del laringe. Spesso si nota una certa irregolarità nei contorni anteriori dei corpi vertebrali: essa non è dovuta a fatti di carie nè ad esito di periostite ma è di origine costituzionale, normale.

Se un corpo vertebrale cervicale sopravanza ventralmente di 2-3 mm. quello sottostante, non si deve pensare ad una sublussazione, dipendendo il fatto dalla posizione di estensione maggiore o minore, che si è data al collo.

Molto spesso, in posizione laterale capita di vedere una linea di rarefazione verticalmente disposta alla base della tuberosità anteriore dell'atlante, che potrebbe far pensare ad una frattura. L'apparente linea di discontinuità è determinata dalla sovrapposizione del bordo posteriore della luminosità faringea, e indica l'interstizio fra l'arco anteriore dell'atlante e l'apofisi odontoide dell'epistrofeo.

Nelle proiezioni laterali, sovratutto se sulla lastra poggia la parte più alta delle bozze parietali, e se la regione cervico-mandibolare è alquanto lontana dal piano della lastra, si può vedere sovrapposta alla parte posteriore della branca montante della mandibola e ai corpi delle prime vertebre cervicali un'ombra ovalare allungata, che non è altro che l'ombra del padiglione dell'orecchio del lato non vicino alla lastra.

L'orientamento non perfettamente parallelo alla lastra del diametro sagittale del cranio può determinare la sovrapposizione dei bordi delle linee articolari fra l'occipite e l'atlante e fra le prime vertebre cervicali, sovrapposizione, che, causa la struttura spongiosa delle ossa, spesso non è riconoscibile, di guisachè si crede ad una anchilosi ossea, non riuscendosi a vedere la linea articolare. Per la medesima ragione le due metà dell'arco posteriore della prima cervicale possono essere proiettate ad altezza differente ed apparire una più sottile (quella più vicina alla lastra) dell'altra.

I bordi superiori dei corpi vertebrali si mostrano talora irregolari e sfrangiati; questa non è un'anormalità, ma dipende dalla proiezione dissociata dalle sporgenze laterali, che i bordi superiori dei corpi presentano. Non di rado un corpo vertebrale cervicale si spinge un poco più avanti di quello sottostante. Il processo spinoso dell'epistrofeo è più sviluppato, più obliquamente disposto dei processi spinosi delle altre vertebre cervicali. I processi spinosi della quarta e quinta cervicale sono fra loro più vicini che non gli altri processi spinosi.

Sulla superficie laterale dell'ombra delle apofisi spinose cervicali si osservano linee di addensamento, che decorrono dall'alto in basso e dall'avanti all'indietro. Esse sono date da rugosità, da scabrosità dell'osso in corrispondenza degli attacchi muscolari e non sono indice di pregresse fratture.

Nelle parti posteriori delle facce laterali dell'apofisi spinosa della 2ª vertebra cervicale notasi qualche volta una zona ovalare e rotondeggiante: circondata da linee di addensamento. Detta zona potrebbe simulare un focolaio di carie.

In proiezione sagittale capita spesso di vedere una ineguale sporgenza laterale delle masse articolàri delle vertebre cervicali. Non si tratta di sublussazione, ma di sporgenze dipendenti da inflessioni laterali, accentuate del collo.

Le masse, che costituiscono i processi articolari, hanno contorni piuttosto regolari, mentre le piccole ombre, che sopravanzano ad esse e che sono costituite dalle apofisi trasverse sono, come le ombre di tutte le altre apofisi trasverse, molto irregolari per forma e grandezza.

Il processo trasverso della 6ª cervicale (tubercolo carotideo) può assumere talvòlta un grande sviluppo.

Quello della 7ª sporge circa due centimetri al di là delle altre apofisi trasverse e forma un angolo acuto con quello della 1ª dorsale. La 7ª apofisi trasversa spesso è d'ambo i lati di differente lunghezza: talvolta essa è costituita da una costola sopranumeraria.

Accade pure spesso di distinguere appena l'ombra delle masse laterali delle due ultime vertebre cervicali tantò da crede.e ad osteoatrofia calcarea per processi flogistici e traumatici vicini, ed a veri e propri focolai di carie e di frattura; trattasi invece di immagini dipendenti dalla costituzione fortemente spongiosa delle masse stesse.

I processi spinosi, proiettandosi sugli spazii intervertebrali coi loro estremi limitati da linee di forte addensamento, possono dare delle figure a forchetta, che dagli inesperti possono essere interpretate come produzioni osteofitiche.

La zona di rarefazione, che talvolta si osserva sulla linea mediana dei corpi vertebrali, non dipende dal canale midollare; ma fino alla 7ª vertebra dalla luminosità faringea, e più in giù dalla trachea.

Negli individui molto giovani gli elementi degli archi non danno alcuna ombra, e spesso ai due lati del corpo si vedono due insolcature, disposte verticalmente: esse non sono lesioni abnormi, ma corrispondono alle radici degli archi, che durante il primo anno di vita sono ancora cartilaginei (Putti).

Nei bambini l'immagine delle vertebre si riduce a quella dei corpi e dell'arco neurale posteriore.

In essi la 7ª vertebra cervicale raggiunge il più grande sviluppo in senso orizzontale, e le

apofisi trasverse sono più grosse che nell'adulto.

Nelle radiografie delle prime vertebre cervicali eseguite a traverso la bocca l'aria contenuta nel naso-faringe può far credere ad una frattura della base del dente dell'epistrofeo. Per accertare l'errore, basta una radiografia in posizione laterale ovvero un film intrafaringeo alla Fritzsche.

Nelle vertebre dorsali le cause di errore non sono molto frequenti.

La prima vertebra dorsale è riconoscibile facilmente; essa si articola con la prima costola; al di sopra di essa si vedono le apofisi trasverse molto sporgenti della 7ª cervicale. Qualche volta la prima costola si articola anche con esse. L'ultima vertebra dorsale, oltrechè dalla sua ultima costola spuria (che talora può mancare o può non essere l'ultima quando ad esempio esiste una costola sovranumeraria lombare) si riconosce, in posizione laterale, dalla direzione frontale dei suoi processi articolari superiori.

I bordi superiori ed inferiori delle prime vertebre possono essere irregolari, sfumati e simulare rarefazioni di origine flogistica o neoplastica, questo sovratutto in individui di una certa età, che attendono a mestieri gravosi.

Nelle vertebre lombari in proiezione laterale gli spazii fra la 1ª, la 2ª, la 3ª e la 4ª sono triangolari a base anteriore. I bordi superiori dei corpi vertebrali sono molto obliqui in avanti ed in basso tanto da far credere a perdita di sostanza per frattura o per carie.

In posizione sagittale gli spazii articolari fra le apofisi articolari sono talvolta marcatissimi e possono mentire delle linee di frattura degli archi vertebrali.

I processi articolari inferiori della 5ª sono orientati quasi in senso frontale: essi sono raramente visibili: per lo più sono distinguibili solo da un lato e solo in parte; quelli inferiori quasi sempre si vedono esclusivamente da un lato: anche essi solo parzialmente appariscenti.

Il bordo esterno dello *psoas* e l'interstizio fra questo ed il rene possono simulare una frattura delle apofisi trasverse.

La lontananza dalla lastra dell'apice di queste apofisi può renderne poco distinta l'immagine, come se fossero in preda ad un processo di distruzione da carie.

I processi trasversi sono molto diversi nella loro forma e lunghezza: per lo più essi sono tutti ugualmente larghi.

Un'apofisi trasversa o due possono articolarsi con una costola sovranumeraria, questo accade specialmente nella 1ª, nella 3ª e nella 4ª lombare.

Se la costola trovasi in corrispondenza della 1ª lombare, la 12ª costola prende un gran sviluppo.

Le masse laterali dell'ultima vertebra lombare possono far pensare a focolai di distruzione flogistica causa la poca evidenza e nettezza della loro struttura e dei loro contorni.

I bordi laterali del corpo della 5ª non sono orientati sagittalmente ma obliquamente: l'arco e le apofisi trasverse cominciano ventralmente: il limite laterale del corpo non è ben differenziato rispetto alla radice dell'arco ed alle apofisi trasverse.

Spesso i processi trasversi sono enormemente e non uniformemente sviluppati, ovvero si incurvano verso l'alto e fanno credere ad una deformazione per antecedente frattura. Una linea di frattura può essere molto spesso simulata dalla sovrapposizione alla cresta iliaca dell'apofisi trasversa della 5ª.

Il processo spinoso della 5ª talvolta assume una abnorme lunghezza ed una forma arcuata ad uncino.

Il corpo della 5ª è configurato a cono: esso è più alto anteriormente ed è disposto obliquamente rispetto alla faccia superiore della 1ª sacrale: la sua faccia inferiore è in gran parte coperta dall'ombra del sacro. Talora anche la faccia superiore, e quindi tutto il corpo della 5ª, si proietta al di sopra dell'ombra sacrale.

Gli angoli formati dal bordo laterale e da quello superiore ed inferiore dei corpi vertebrali lombari, che normalmente sono di 60° e di 80°, possono col progredire degli anni e anche negli individui molto muscolosi farsi più acuti e prolungarsi in sporgenze acuminate, a spina. Nei bambini e nei giovani invece essi sono arrotondati.

Le sinfisi sacro-iliache presentano spesso, sovratutto negli uomini e nei vecchi, in qualche punto saldature parziali, ed ineguaglianze ossee, localizzate o sul contorno anteriore (sulla lastra ventro-dorsale essa è laterale) o sul contorno posteriore. Sulle sinfisi sacro-iliache spesso si proiettano i calcoli degli ureteri. Normalmente la superficie articolare della squama dell'ileo è più estesa di quella del sacro.

Sul sacro gli accumoli di gas e di feci nell'ampolla rettale possono simulare rarefazioni di origine tubercolare o neoplastica (vuotare bene il retto, spingere molto il compressore).

Lungo il sacro può disegnarsi il decorso dell'arteria iliaca, se essa è calificata. A seconda della forma del promontorio e dell'incidenza focale, l'arco della 1ª vertebra sacrale può essere proiettata sul corpo della 5ª lombare, in-

vece che sul corpo della 1ª sacrale, o sullo spazio fra essa e la 5ª lombare, e allora l'arco della 1ª sacrale può essere ritenuto per quello della 5ª lombare e bisogna procedere ad un calcolo esatto dei corpi vertebrali, facendo una radiografia d'insieme di tutta la regione lombare. Se l'arco si proietta nello spazio intervertebrale, esso si riconosce subito, altrimenti può essere difficile il suo riconoscimento.

Spesso la 1ª vèrtebra sacrale appare obliquamente disposta e assume una figura a baionetta (Kohler) tanto da far pensare ad una frattura, per la quale però occorre sempre la presenza della linea di discontinuità. A prescindere dai bambini, nei quali l'ossificazione degli archi può non essere completa, quasi nel 10 % degli adulti si trova una incompleta chiusura (in uno o più punti) dell'arco della 1ª e 2ª vertebra. Trattasi, più che di una spina bifida occulta, di una spina bifida in potenza od apparente.

I legamenti fra i corni sacrali ed i corni coccigei spesso appaiono ossificati. Il numero delle vertebre coccigee è molto variabile: per lo più sono 4: eccezionalmente si trovano 6 vertebre.

La 1ª coccigea non di rado è saldata col sacro. La 1ª articolazione intercoccigea quasi sempre persiste, non di rado anche la 2ª; le ultime due o tre (quest'ultimo caso quando le ultime vertebre coccigee sono sei) per lo più non esistono.

Il sacro si comincia ad ossificare nel terzo mese della vita intrauterina ed è quasi completamente ossificato nel momento della nascita. La saldatura dei singoli corpi vertebrali comincia nelle ultime vertebre verso il 15° anno di età ed è terminata verso i 30 anni. Bisogna ricordarsi di questo per non pensare a fratture od a vertebre sovranumerarie.

Lo studio del sacro è molto difficile per la sua struttura spongiosa, che dà ad esso una densità molto minore di quella delle ossa circostanti, sovratutto nei bambini, accentuata ancora di più nei frequenti e profondi processi di decalcificazione, che lo colpiscono, non solo in conseguenza di locali lesioni flogistiche o neoplastiche, ma anche in seguito ad affezioni osteo-articolari lontane. Inoltre la particolare conformazione del sacro, ad arco postero-convesso, che fa rimanere i vari segmenti dello stesso a distanza varia dalla lastra, è causa di deformazioni e di cambiamenti di configurazione ad ogni più piccola variazione nella impostazione dell'ampolla, specialmente quando l'incurvamento del sacro è molto pronunciato. Molte volte è indispensabile una radiografia laterale (vedi tecnica). In conseguenza del vario incurvamento del sacro, e della varia inclinazione, sovratutto del promontorio e dei primi segmenti sacrali, l'estensione, la configurazione, i contorni degli stessi sono differentissimi. Questi ultimi sono molto marcati quando la corticale di un elemento sacrale (questo accade in special modo nel 1° e nel 2° elemento) decorre per un certo tratto nella stessa direzione del cono di irradiazione.

I forami sacrali possono variare molto di numero. Dovrebbero essere cinque; di rado sono però tanti: ordinariamente sono quattro. Spesso essi si estendono molto o non sono affatto chiusi lateralmente. Essi formano delle fenditure trasversali per lo più a forma di clava: più larghe medialmente. Talvolta dette zone di interruzione assumono l'aspetto di veri e propri spazii intervertebrali. È un ritorno ontogenetico. I forami sacrali sono infatti il residuo di pregressi spazii intervertebrali. Si hanno allora dei processi di assimilazione, i quali consistono o in una lombarizzazione di elementi sacrali (quando questi si trovano ad essere separati da spazii) od in una sacralizzazione di elementi lombari, che possono o no saldarsi con il sacro. Per riconoscere questi fatti l'unico mezzo è la conta dei corpi vertebrali. Se però il numero degli elementi delle varie sezioni vertebrali non è quello normale anche la conta dà risultati infidi.

Come criterio di orientamento nel conteggio delle vertebre lombo-sacrali, quando la radiografia fatta con limitatore fa vedere un numero limitato di vertebre vale questa avvertenza: sul corpo della quarta lombare si proiettano due apofisi spinose: quella della 3ª e quella della 4ª vertebra lombare.

I forami sacrali possono apparire più numerosi del normale da uno o da tutti due i lati: ciò avviene quando il cono luminoso non ha presso a poco la direzione dei canali sacrali. Allora l'orificio dorsale del canale si proietta (causa il decorso un poco obliquo, in senso antero-caudale dei forami sacrali) più o meno al di sopra dell'orificio pelvico del canale sacrale. Questo fatto si osserva specialmente nel primo forame sacrale.

Per rendere il coccige nettamente visibile è molto utile la posizione semiseduta del paziente.

Il coccige ha una direzione molto obliqua rispetto all'asse longitudinale del corpo, anzi spesso esso è diretto verticalmente. In qualche caso per aumentare la visibilità del coccige si può introdurre nel retto un piccolo pallone pieno d'aria (Kaisin).

Molto dimostrative sono anche le proiezioni di profilo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI OSIMO.

La guarigione della peritonite acuta purulenta diffusa con iniezioni endoperitoneali di etere solforico.

Dott. VITTORIO CACCINI, direttore.

(*Continuazione e fine; vedi fasc.* 18).

DETERMINISMO DELLA GUARIGIONE DELLA PERITONITE PURULENTA ACUTA CON LE INIEZIONI ENDOPERITONEALI DI ETERE. — *Exitus probat rem.* Tuttavia non accontentandoci del fatto in sè, tenteremo di penetrare i segreti della natura e di comprendere in quale modo l'etere, iniettato nel cavo peritoneale dell'uomo, guarisce la peritonite ac. purul. Ripete questa sua qualità curativa da una virtù antisettica? Le ricerche sperimentali accordano all'etere liquido (v. Fantozzi e Scontrino, l. c.; dalle loro ricerche risulta che l'etere uccide il bact. coli ed i comuni piogeni in cultura viva e virulenta in 20') messo su terreni culturali inquinati, un potere antisettico molto modesto, ancora più debole di quello dell'alcool etilico. Questa cognizione ha la sua importanza; non ci permette però di dedurre che azione eguale ed in eguale tempo svolgerebbe l'etere nei tessuti umani viventi ed infettati. A convincerci di ciò basta ricordare che la flora batterica sulle culture svolge vita saprofitica mentre nell'organismo umano svolge vita parassitica, per cui è lecito pensare che a condizioni biologiche così differenti corrispondano resistenze di vita differenti e differenti metodi di lotta fra il disinfettante ed i microparassiti.

Il disinfettante mantiene integra la sua composizione chimica ed il suo stato fisico quando è sulle culture artificiali e perciò può mantenere inalterata e continuata la sua azione; invece quando è sulle culture parassitiche (flogosi acuta di tessuti umani) può e deve alterarsi fisicamente pel calore febbrile e chimicamente per la presenza di albumine, peptoni, propeptoni, sali etc. del tessuto in flogosi e della marcia. Alterato, o cambia, o diminuisce o cessa la sua azione.

Il disinfettante rimane sul terreno di cultura artificiale su cui è posto e perciò la sua azione è, almeno potenzialmente, valutabile; posto invece sul tessuto in flogosi e vivente è assorbito dalle correnti linfatiche e venose o è eliminato dalla stasi linfatica e così diminuito della sua potenzialità.

Il disinfettante posto sulle culture spiega una azione antisettica elementare, ridotta ad uccidere i microparassiti con una lotta chimica diretta fra bacterio e disinfettante; ben più vasta e complessa è invece la disinfezione del tessuto umano in flogosi settica acuta; questa è il risultato di molteplici, disparate, complesse azioni indirette sul parassita e dirette sull'organismo che si difende anche dal disinfettante per non rimanerne vittima; azioni biochimiche, biologiche, biopatologiche, biofisiche, sierologiche, fagocitarie, ecc., che non si circoscrivono al tessuto infetto, ma coinvolgono tutto l'organismo per la mutua dipendenza funzionale fisiopatologica dei varii organi della economia, dipendenza che vuole essere gelosamente conservata in armonia di funzione, perchè la disinfezione possa volgere a termine con la guarigione topica e dello intero organismo senza che alcun suo organo abbia subìto modificazioni sostanziali.

Che cosa vale per l'uomo la potenza disinfettante dell'acido cianidrico sulle culture artificiali quando questo uccide i microparassiti insediati nell'uomo e il malato stesso? Che cosa la potenza di qualsivoglia disinfettante sulle culture quando nell'uomo sia causa di glomerulonefrite, grave per sè e più ancora perchè chiude la più importante via emuntoria delle tossine, ovvero quando si trasformi nei tessuti umani viventi in albuminato inattivo? E allora per giudicare se l'etere ha valore antisettico sui tessuti umani viventi ed infettati non dobbiamo limitarci alla ricerca, senza dubbio sempre importante, del suo potere disinfettante sulle culture in vitro, ma dobbiamo studiarlo in *aegroto homine*. Ecco quindi un mio contributo in argomento, contributo *parvus sed aptus*, cioè dimostrativo. Una vasta piaga da varici, suppurata, fetente, complicata ad eresipela e linfoangioite, impaccata all'etere, in pochi giorni fu libera di ogni flogosi acuta, di ogni odore sgradevole e del pus. In 2 ascessi caldi vuotai il pus con agocannula, iniettai in sostituzione del pus altrettanto etere, impaccai all'etere; ebbi pronta guarigione. In varii giraditi, dermiti suppurative, unghie incarnite suppurate, dolentissime, con pulizia e pochi impacchi egualmente all'etere, ottenni pronta guarigione. Da queste ricerche ho sufficiente argomento per concludere che l'etere, se è antisettico debole per i piogeni in cultura artificiale ossia in vita saprofitica, è un prezioso antiflogistico ed antisettico nei tessuti suppuranti esterni dell'uomo, ossia contro i germi in vita parassitaria. Ciò è in armonia con la pratica che insegna essere il collodion, ottimo materiale da medicatura e la tosse convulsiva guarire con le iniezioni sottocutanee di etere, perchè l'etere agisce da disinfettante delle vie respiratorie.

Ma la virtù del medicinale intanto è riferibile all'uomo in quanto non gli è causa di ustioni e di avvelenamento; di complicazioni immediate o a distanza; di morte. L'etere è privo di proprietà pericolose? Nei comuni animali da laboratorio (cani, cavie, ecc.) usato per iniezioni sottocute, o endoperitoneali, anche a dosi minime (1/2-1 cmc.) (v. Fantozzi, Scontrino, l. c.), o per inalazione, è causa di paralisi del treno posteriore, di morte fulminea o a distanza di poche ore, di necrosi acuta a frigore del peritoneo, di embolie, di cangrena peritoneale etc. Però le ricerche in anima vili, su bestiole erbivore o su cani, ricerche alle quali la scienza deve tanto progresso e l'umanità immenso beneficio, devono essere *cum grano salis* riferite all'uomo, essere di mole più grossa, di evoluzione biologica più complessa, onnivoro ed a fisiologia, anatomia, fisiopatologia, reattività in gran parte differenti. È necessario allora riferirci solo alle ricerche sull'uomo. Usato per impacchi sui tessuti in flogosi suppurativa acuta non granulanti e perciò nella possibilità di assorbire, non fu causa di avvelenamento, nè di inconveniente alcuno. A sventare i pericoli inerenti alla infiammabilità dell'etere, bastò tener lontana ogni fiamma dalla medicazione e dallo impacco. Non sono inconvenienti il bruciore passeggero della pelle piagata e il violento ma transitorio dolore epigastrico (nevralgia celiaca) che segue alla iniezione endoperitoneale ed il quadro impressionante descritto nelle storie cliniche quando si ricordi che questo quadro cessa dopo 15' e si continua con una narcolessi profonda, di molte ore, assai benefica, accompagnata da anestesia sensitivo-sensoriale completa. Non so se l'etere dia fenomeni subiettivi allarmanti perchè l'infermo, subito dopo l'iniezione, cade in uno stato di completo apparente annientamento di sè, di tutto l'*io* pensante e dolorante, cessati gli strazi delle prime giornate della sua malattia, ed ha da quel sonno letargico un sollievo al dolore, un riposo al cervello che nel peritonitico è sempre sveglio sino alla morte. Sonno benefico al malato e di angustia solo al medico che «*et vigil et prudens*» come è il motto della Società dei Chirurgi a Lione, assiste e cura. Inoltre l'etere non dà ebrezza etilica o eterica, nè fenomeni di intolleranza, nè albuminuria, cefalea, convulsioni, lipotimie, avvelenamenti, emolisi, emoglobinuria, turbe a distanza di tempo; anzi ad ogni infezione endoperitoneale segue un benefico stato filattico dell'etere, sempre più accentuato ad ogni novella iniezione; sicchè aumentando il quantitativo di etere nella iniezione successiva si hanno quadri sempre più sbiaditi nelle tinte e nella durata.

CONCLUDO: L'etere usato per impacchi nei tessuti superficiali umani in flogosi purulenta acuta, agisce come disinfettante ed antiflogistico; non è causa di avvelenamento, nè di complicazioni. Iniettato nel cavo peritoneale dell'uomo non avvelena, non provoca sincopi, non paralisi ed esplica inaspettata azione curativa ed euforica.

Abbiamo visto che l'etere è antisettico pei tessuti esterni umani suppuranti; che iniettato nel cavo peritoneale dell'uomo guarisce senza essere pericoloso o nocivo. Ora possiamo chiedere *come* agisce. Come antisettico? Come antitossico? In qualche altro modo? Privo di ricerche sperimentali in proposito, argomenterò dalla cessazione sollecita del fetore del pus già dopo le prime iniezioni di etere e dal senso di euforia accusato dall'infermo e dal decorso abbreviato della malattia, che raggiunge la guarigione in un numero di giorni di gran lunga inferiori a quello necessario per la guarigione postlaparotomica, per dedurre che l'etere iniettato in *abdomine hominis* esplica azione locale antisettica e antitossica; antisettica uccidendo i germi capaci di dare il fetore accusato dal pus (1); antitossica liberando l'infermo durante il lungo sonno, dalle tossine già formate e rimettendolo in forze col sonno per la lotta che deve sostenere, contro la malattia infettiva. Già il Morestin nel 1913 dimostrò che il suo metodo (inondamento del peritoneo con 100-300 cmc. etere in *loco infectionis*, previa laparotomia e nettamento meccanico, asciutto; sutura con o senza drenaggio) riduceva del 50 % le perdite da peritonite acuta purulenta primitiva o secondaria. Ma «*nemo propheta in patria sua*» ed il metodo Morestin ebbe fieri oppositori. Nel Congresso di Chirurgia a Marsiglia 5 febbraio 1914 l'opposizione giunse al culmine e dopo 3 accalorate sedute, fu condannato il metodo, accusato di stati sincopali, asfittici, cangrena peritoneale da congelazione per rapida evaporazione dell'etere. Però il metodo Morestin, adottato in varie Cliniche chir. italiane ha fornito statistiche confortanti (v. Fantozzi, v. Scontrino, l. c.), in cui la guarigione e il decorso abbreviato della peritonite figurano con alta percentuale.

CONCLUDO. — L'etere per iniezioni endoperitoneali nell'uomo agisce come antisettico, anti-

---

(1) I microparassiti trovati nelle peritoniti ac. purul. da Chantemesse, Fränckel, Malvoz, Barbacci, Alessandri etc. sono: Bacteriumcoli com.; Diplococcus lanceolatus del Fränckel; Gonococcus; Piogeni comuni. In uno dei malati miei, i preparati a secco mostrarono cult. pura di diplococco, morfologicamente simile a quello del Fränckel, disposto a catenelle che però non erano da Streptococcus eresipelae.

tossico, senza essergli nocivo *quoad valetudinem et quoad vitam*.

Come l'etere esplica queste sue azioni? in un lavoro più ampio fornirò documenti al mio studio che ora limito ad un breve riassunto. L'etere iniettato nel cavo peritoneale agisce direttamente come etere gassoso, disinfettando e indirettamente o per catalisi, in virtù della sola presenza sua, ossia come agirebbe qualsiasi altro gas, chimicamente inerte. L'etere liquido spiega poco la sua azione disinfettante perchè essendo a +15° il suo punto di ebollizione a pressione normale ed a temperatura media ambiente, evapora subito nel peritoneo del febbricitante (+40°); però durante il passaggio da liquido a gassoso non è improbabile esalti ed anche potentemente il suo potere disinfettante come accade di altri corpi chimici. L'etere liquido bollendo a + 15° sviluppa alla pressione normale 250 vol. di gas. Nell'addome del febbricitante ne sviluppa molti di più; ossia i 20 cmc. di etere immessi nel cavo peritoneale danno più di 5 litri di gas. Questo gas però non trovasi alla pressione ordinaria, ma a forte pressione, infatti un agocannula penetrato nel cavo peritoneale ci svela un getto violentissimo di gas. Questo gas di etere a pressione così elevata è costretto ad infiltrarsi nei recessi i più reconditi del peritoneo; nelle anfrattuosità le più ascose; a sciogliersi nel liquido ascitico essudativo, a penetrare nei globuli del pus, nei corpi dei bacterii, gli uni dissolvendo (citolisi), gli altri uccidendo; a sciogliersi nei lipoidi che costituiscono la membrana cellulare ed il protoplasma (l'opposto dell'alcool che coagula i proteidi e perciò non penetra nel bacterio). Il siero dell'essudato flogistico si trova così trasformato in autovaccino, e autosiero-specifici per la presenza dei cadaveri bacterici e delle endo- ed eso-tossine. Quando viene assorbito dal peritoneo, verrà pel dotto toracico versato nel torrente circolatorio e concorrerà alla graduale guarigione del malato con la autoproteinoterapia e la autosieroterapia specifica, e la autovaccinazione specifica, come noi guariamo tifo, polmonite, ecc. Ma l'azione principale che il gas di etere esplica è quella, io credo, di corpo estraneo asettico, cioè l'etere ha azione principale *catalitica*. La presenza nel peritoneo di qualsiasi corpo estraneo (1) asettico eccita ed esalta in loco i poteri biologici naturali di difesa del peritoneo (antitossici, antibatterici, plastici, trofici, protettori, di assorbimento, ecc.), (Sclavo, Pfeiffer, Jssaef, Metchnikof, Solieri).

L'etere gassoso penetrato in ogni meandro peritoneale per l'alta pressione endoaddominale, agisce in tutta la enorme superficie peritoneale (media, 17,000 cmc.) eccitando ed esaltando i suoi poteri biologici naturali, ridestando un insieme di mezzi offensivi e difensivi contro la suppurazione peritoneale. Stimolano il peritoneo ai suoi compiti anche le tossine batteriche liberate dalla batteriolisi, così come agiscono le tossine sterili da *bacterium coli* (Solieri, l. c.). Mentre il gas di etere compie sì alte funzioni, la pressione tonica permanente del cavo peritoneale esagerata dal gas, favorisce (Baglioni, l. c.) il riassorbimento del liquido endoperitoneale, il suo versamento nel sangue, la sua eliminazione, esplicando così azione antitossica ed emuntoria; funzione coadiuvata dalla eccitazione eterica del simpatico addominale, come fanno credere i fenomeni simpaticotonici consecutivi alla presenza del gas di etere nell'addome (rossore della pelle, sudore profuso, diarrea, poliuria, priapismo, affanno). — L'etere vince (vedi storia 1ª) o evita l'ileo paralitico che è la *causa mortis* nella peritonite settica. — L'etere favorendo la degenerazione grassa del pus, lo discioglie mettendo in libertà come nella leucocateresi, la lipasi che spoglia il batterio, la proteasi che lo distrugge, le alessine, le citasi, le endolisine (Petterson), le leucine (Schneider), sostanze tutte batteriotropiche ossia anticorpi che aggrediscono i batterii an-

(1) A dimostrare che i tumori addominali, quando giungono in contatto col peritoneo, agiscono come i corpi estranei ossia irritando la sierosa ne esaltano i poteri biologici difensivi, riassumo per questa parte che ci riguarda una Storia clinica del mio protocollo e che a suo tempo sarà completamente scritta dal Chirurgo primario di questo Ospedale.

P. Irma, anni 11, operaia; entra di urgenza nell'Ospedale di Osimo il 14 novembre 1920, ne esce guarita perfettamente il 24 marzo 1921. Fino al 1918 godette ottima salute. Nel 1918 cadde ed avvertì forte dolore al ventre. Da allora non è stata bene mai più; febbre vespertina, sudori facili prevalentemente notturni, dimagrimento progressivo, dolenzia al ventre, debolezza generale, tinta cachettica del viso, oligoemia. Nell'agosto 1919 viene per esame e risulta: oligoemia spiccata, astenia generale, febbricola, dimagrimento progressivo, torace nulla di notevole, addome di figura normale, si palpa una tumefazione che occupa l'ipogastrico e si perde nella fossa il. sin. La palpazione provoca modico dolore. Orina giallo chiara, limpida, non alb., non riduzione del liquido del Nyländer.

Con diagnosi sospetta tub. peritoneale, si consiglia la cura jodica per iniezione sottocut., arsenicale per bocca, elioterapia al mare. Nel 1920 l'es. ob. non è molto migliore, e l'esito poco favorevole della cura è posto in relazione con la irregolarità ed incompletezza della medesima.

cora rimasti nel peritoneo o che vi continuano a riprodursi, attenuandoli, uccidendoli. — Mentre l'etere compie ad ogni iniezione endoperitoneale, opera così complicata e va gradatamente ogni giorno acquistando terreno alla *restitutio ad integrum*, il grande omento, attivo e fecondo viscere del trofismo umano (Bassini, Roger, Tarsia, l. c.) rigenera il fisico del malato.

Con quanto ora ho esposto non intendo di avere fissato definitivamente il determinismo della guarigione prodotta dall'etere introdotto nel peritoneo; ma ho voluto soltanto collegare logicamente le odierne conoscenze sul peritoneo, sostituendole allo agnosticismo sul modo di azione dell'etere nella peritonite. Spetta ad un Istituto di patologia sperimentale che ha mezzi e personale appropriati, il compito di studiare l'argomento e completamente delucidarlo.

Conclusione. — L'etere iniettato nel cavo peritoneale umano, in flogosi acuta purulenta grave, guarisce la peritonite e la guarisce esaltando i poteri biologici normali del peritoneo e concedendo molte ore di anestesia sensitivo-sensoriale generale al malato con sonno profondo ristoratore. In linea secondaria, disinfetta il peritoneo ed il pus e trasforma l'essudato sterile in autovaccino ed autosierospecifici, che agiranno per proteinoterapia, autosieroterapia, autovaccinoterapia specifiche, quando il peritoneo lo assorbirà gradatamente e lo verserà nel sangue attraverso il dotto toracico. Si avrebbe, data la rapidità con cui si raggiunge la guarigione, una tachifilassi alla Besredka, o, più propriamente, una scheptofilassi.

Osimo (Ancona), settembre 1922.

Il 13 novembre 1920 all'improvviso la bimba è sorpresa da dolori al basso ventre e da iscuria dolorosa. Siringata, esce dalla vescica abbondante liquido torbido, oscuro, la cui natura i parenti della malata non sanno precisare. Di urgenza entra nell'Ospedale di Osimo. Siringata esce sanie fetida, abbondante e nel contempo scompare la tumefazione addominale. Iniettata acqua sterile nella vescica, torna a comparire la tumefazione addominale per scomparire di nuovo col vuotare la vescica.
Diagnosi incerta; sospetto di probabile dilatazione congenita dell'uraco ed infiammazione secondaria. Condizioni generali gravi. Anestesia eterica; laparotomia. Esce abbondante liquido sanioso, color cioccolatto, da un tumore (cisti dermoide dell'ovaio sin.) e dal cavo peritoneale. Si estrae un grosso calcolo fosfatico dai relitti della vescica orinaria usurata dal tumore a cui è aderente. La speciale abilità del Chirurgo primario dell'Ospedale riuscì a salvare la bimba ed a ricostruire la vescica orinaria. A noi il caso interessa perchè la bimba fu per mesi medicata a ventre aperto ed intestinae peritoneo continuamente inquinati di sanie e di orina eppure non ebbe peritonite perchè il peritoneo stimolato dalla cisti dermoide aveva esaltati i suoi mezzi biologici normali di difesa e li teneva desti a salvaguardia della malata.

BIBLIOGRAFIA DELLE OPERE CITATE.

1. Arnaud. *L'olio canforato entro il peritoneo nella peritonite acuta.* Revue Chir., 45, 1912.
2. Id. *Le iniezioni di O nella peritonite ac. diffusa.* Lyon Chir., 1902.
3. Baglioni. Citato da Meldolesi. Policlinico, M., 1921, p. 391.
4. Cignozzi. *La formola sua è: Alcool etilico gr. 100, Acido acet. goccie 20.* Policlinico settiman., 1922, p. 46.
5. Delore et Douroriez. Revue de Chirurgie, 1920, n. 11, p. 606.
6. Drouin. *Trattam. d. peritoniti ac. generalizz. con olio canforato.* Thèse de Bordeaux, 1912.
7. Fantozzi. *L'uso dell'etere per medicature, lavaggi, inondazioni peritoneali.* Policlinico, Chir., 1920.
8. Fasano. *Trattam. della peritonite purulenta diffusa.* Policlinico, 1911.
9. Höhne. *L'olio canforato come preventivo contro la peritonite postlaparot.* Sem. méd., 1919, p. 344.
10. Kolb. *Ibid.* Sem. méd., 1911, p. 8.
11. Jelke. *Il collargolo entro il peritoneo nella peritonite pur. diff.* Münchener mediz. Wochenschr., 1913, n. 33.
12. Lucarelli. *Disinfezione perit. con la tint. di jodio.* Clinica Chir., 1913, n. 2.
13. Massolongo. Congr. ital. di Pediatria, ottobre 1901.
14. Morestin. Bull. et mém. Soc. de Paris, 18 febbraio-20 marzo-21 ottobre-maggio 1913.
15. Murphy. *Treatment of perforative peritonitis.* Ann. of Surgery, 1908.
16. Mosti. *La disinfez. all'etere, ecc.* Policlin. settim., 1919, p. 481. Nella «Gazzetta internaz. di med., chir., igiene», 1915, trattò degli insuccessi con la disinfez. peritoneale all'etere.
18. Pacinotti. *Insufflazioni peritoneali di jodio e di ac. carbonico.* Camerino, giugno 1907.
19. Piccioli. *Trattam. alla Murphy della peritonite purul.* Policlin. settiman., 1909.
20. Santy. Citato da Scontrino. *Le lavage du peritoine à l'éther.* Lyon Chirurgical, 1914.
21. Scontrino. *L'etere nelle laparotomie non asettiche.* Atti Soc. Ital. Ostetricia e Ginecologia, XX Congresso, Pavia, 1920.
22. Solieri. *L'aumentata resistenza peritoneale alla infezione nel trattamento dell'appendicite acuta.* Policlin., Chir., volume IX, e Policlin., 1922.
23. Tansini. *Disinfezione peritoneale all'alcool.* Riforma medica, 1912, p. 281.
24. Tarsia. *Esiti lontani, ecc.* Riforma medica, 1909, p. 1129.
25. Wright. *Physical and Physiological action of hypertonic sal solution.* The Lancet, 1915.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI NEUROPATOLOGIA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretto dal prof. C. NEGRO.

Autofagia ed automutilazioni in paralitici ed epilettici

per il dott. G. ROASENDA, docente ed assistente.

In una recente comunicazione alla Società di Psichiatria di Parigi (seduta del 16 febbraio 1922), Laignel-Lavastine e Brousseau hanno presentato un caso di *« autofagia dell'auricolare in un tabo-paralitico con artropatia »*. Si trattava di un paralitico, in istato di avanzata e profonda demenza, il quale, di notte, si era mangiata la falangetta dell'auricolare della mano destra. Tale paziente presentava, oltre ai comuni segni di una tabo-paralisi, una frattura della rotula sinistra con scartamento dei frammenti, ed una enorme artropatia.

Nella stessa seduta Vallon, prendendone occasione dalla comunicazione fatta da Laignel-Lavastine e Brousseau, ricordò l'osservazione che egli aveva avuto occasione di fare sopra due casi analoghi di auto-mutilazione, in uno dei quali un paralitico aveva talmente serrato fra i suoi denti il labbro inferiore, che questo gangrenò, ed il pezzo fu eliminato. Nell'altro un paziente con ugual diagnosi, dopo essersi fatta un'apertura delle borse, si era strappato i testicoli.

***

Io ho avuto occasione di osservare casi consimili, i quali non credo siano nemmeno eccessivamente rari, perchè di altri ho sentito far cenno da colleghi i quali si occupano di malattie nervose e mentali.

Il primo di tali pazienti in cui ho constatato fenomeni di auto-mutilazione (e potrei dire anche di autofagia) si riferisce ad un tabo-paralitico, anch'egli, come l'ammalato di Laignel-Lavastine e Brousseau, in condizioni di avanzata demenza. Era in uno stabilimento di cura, assistito dalla moglie, la quale non aveva voluto metterlo in una casa di salute, nè affidarlo ad infermieri. Un giorno, mentre questa erasi allontanata per brevissimo tempo, ritornando nella sua camera, trovò imbrattato spaventosamente di sangue il marito, il quale, con un pajo di forbici da ricamo, si stava spolpando l'ultima falange del dito mignolo della mano sinistra. Egli si lasciò levare di mano le forbici senza difficoltà: ed a me che ero corso per medicarlo, spiegò che voleva fare la punta al dito mignolo (come se si trattasse di un lapis!).

Avendogli io domandato perchè fosse bagnato di sangue sulle labbra e sulla faccia, rispose che, essendo in cura, nessun altro medicamento avrebbe potuto essere... più ricostituente che il suo sangue: perciò stava succhiandolo.

Come ho ricordato, tale ammalato non era un puro paralitico, ma presentava insieme anche una chiara sindrome tabica: mancavano infatti i fenomeni rotulei ed achillei, presentava dei disturbi della sensibilità (a causa dello stato demenziale erano facilmente constatabili solo quelli della sensibilità dolorifica), fra cui, evidentissimi, quelli nel territorio del nervo cubitale di sinistra. Io ho cercato, dopo il fatto surriferito, di sapere se egli avesse abitualmente delle parestesie, dei formicolii, o quel senso di mummificazione del dito o di dito morto (che si può riscontrare nei tabici) nel territorio sul quale egli aveva portata la forbice devastatrice: e mi pare, da quanto egli ha risposto, che tali sensazioni fossero da lui notate nelle ultime due dita della mano sinistra. Forse in uno dei momenti in cui tali parestesie erano più accentuate egli, avendo a portata di mano un pajo di forbici, incominciò la mutilazione, che seguitò indisturbata fino all'arrivo della moglie, avendo per risultato l'esportazione, si può dire, di tutte le parti molli che coprono la falangetta del mignolo.

Un altro paralitico che io ho avuto in cura aveva cercato — qualche tempo prima che io lo visitassi — di legarsi le borse per mutilarsi i testicoli. Era un contadino, ed aveva in seguito giustificata l'idea di tale intervento col fatto che i vitelli, a cui si fa una tale operazione, in conseguenza di essa diventano più grassi. Il tentativo non arrivò a conseguenze perchè potè essere fermato in tempo.

Anche in tale paziente si avevano dei sintomi tabici, e, quantunque il suo stato psichico non mi rendesse facile, il giorno in cui io l'ho visitato, un minuto e preciso esame della sensibilità, ho potuto notare in lui, globalmente, una notevole ipoestesia generalizzata, e la mancanza di ogni dolore alla pressione, anche forte, dei testicoli e delle borse: perciò possiamo spiegarci come egli, con una cordicella, avesse potuto stringerle abbastanza fortemente e legarle, senza risentirne un intollerabile dolore.

Un terzo caso di auto-mutilazione io ho osservato in un'epilettica.

Trattavasi di una signorina di circa venti

anni, la quale soffriva di equivalenti psichici di mal comiziale.

Io l'avevo in cura appena da poco tempo, quando un mattino fui richiesto d'urgenza presso di essa. La trovai nel suo letto intriso di sangue — e mi si presentò agli occhi uno spettacolo terribile, tragico, da farmi pensare al tentativo di un omicidio. La paziente era bianca, immobile, sembrava morta; e non rispondeva alle domande nè agli stimoli di altra natura. Un rapido esame mi fece comprendere quanto era successo. Nel letto, vicino alla mano destra, vi era un pajo di grosse forbici: ed il dito piccolo del piede sinistro era quasi distaccato dal piede: dalla ferita di questo non usciva più sangue. Senza occuparmi di regolarizzare la ferita, feci una fasciatura provvisoria: mi occupai in seguito rapidamente dell'esame generale.

L'emorragia era certamente stata notevole, perchè constatai un polso assai piccolo ed irregolare: irregolare presentavasi pure il respiro. Faccia bianca, cadaverica. Pupille dilatate, non reagenti alla luce. Feci iniezioni di varia natura per sostenere il cuore (olio canforato, caffeina, digitale), e piccole retto clisi, seguite, appena ebbi il materiale occorrente, da ipodermoclisi. Dopo qualche tempo le condizioni circolatorie e del respiro si fecero normali. Ma l'ammalata fu ancora incosciente per qualche tempo — in seguito parve svegliarsi, ma appariva in uno stato confusionale: rispose non a tono a quanto le si domandava: indi si addormentò di un sonno profondo. Si svegliò più tardi, accusando una forte cefalea. Non si ricordava nulla di quanto le era successo: e si stupiva anzi di avere il piede bendato, e dolente in corrispondenza della ferita che essa non sapeva di aver fatta. Raccontò, in seguito alle mie domande, che sul dito piccolo del piede sinistro vi era un callo, che frequentemente le dava grande fastidio.

Evidentemente essa, durante un equivalente psichico di mal comiziale, si era fatta la mutilazione di cui io ho riferito: siccome talvolta, in momenti di sconforto per il suo male, aveva manifestato il proposito di suicidarsi se non fosse riuscita a guarire, in uno stato crepuscolare si erano forse associate le idee dell'asportazione del callo dolente e del suicidio: si era provvista, automaticamente, della forbice nel suo cestino da lavoro, ed aveva operato sulle sue carni.

Avendola seguita per un tempo abbastanza lungo, continuai a somministrarle bromuri e belladonna (non si parlava ancora, quando io ho fatto l'osservazione, di tartrato boricopotassico, nè di luminal), e non mi risultò più che essa abbia sofferto altre manifestazioni di natura epilettica. Persistendo tali buone condizioni, tralasciò in seguito di curarsi — e, dopo qualche anno, si sposò: io ne ebbi buone notizie ancora ultimamente, essendomi stato affermato da una sua sorella che, dal giorno della mutilazione fino ad oggi, era sempre stata bene, sotto ogni riguardo. Tanto che io mi sono domandato se non abbia contribuito al suo benessere successivo l'imponente emorragia avuta: perchè la cura bromica e con belladonna, fatta anche precedentemente a questa, non aveva dato notevoli risultati.

MEDICINA SOCIALE.

La difesa sociale contro il tracoma.

Dott. Alfredo Rosica.

La congiuntivite granulosa, per la sua diffusione, specie nelle classi lavoratrici, per la durata e le gravi complicazioni corneali a cui spesso dà luogo, ha assunto l'importanza di una malattia sociale endemica assai dannosa.

Ad integrarne la cura occorre, pertanto, la applicazione di norme igieniche intese ad impedire che il contagio si diffonda alle persone sane: onde la profilassi individuale e sociale del tracoma.

La prima considera i rapporti fra i singoli malati di congiuntivite granulosa e gl'individui sani che li circondano; e tenendosi presente che l'affezione si trasmette con la secrezione congiuntivale (che può pervenire nell'occhio mediante le mani, gli oggetti di medicatura e la biancheria d'uso personale) se ne deduce che i mezzi migliori per preservare le persone sane consistono:

1) nell'evitare qualsiasi contatto non necessario con il malato;

2) nell'impedire la promiscuità nell'uso degli oggetti di toletta e della biancheria personale;

3) nel praticare una scrupolosa pulizia delle mani sia dell'infermo, sia delle persone che lo circondano.

La profilassi generale è più importante della prima perchè considera il tracoma nella sua complessità di fenomeno patologico e sociale insieme, che sprofonda le sue radici nell'*humus* della vita economica dei popoli, avendo ad alleati la miseria e l'ignoranza.

L'opera da compiere è immane e richiede

la coordinazione degli sforzi da parte dei privati, dello Stato e dei comuni. Lo Stato italiano, fino a qualche anno fa, s'è olimpicamente disinteressato della questione ed il poco che s'è fatto è dovuto sopratutto all'iniziativa privata: così a Roma viene tenuto ogni anno nella Clinica Oculistica — per cura del prof. Cirincione — un corso di lezioni sul tracoma ai medici generici; a Palermo è stato organizzato anni or sono un Congresso per la lotta contro il tracoma e sono state divulgate delle istruzioni popolari su questa malattia per merito del dott. Alajmo Marchetti; a Parma è stata fondata una scuola modello per tracomatosi sotto la direzione del prof. Gallenga; ed in qualche comune è stato istituito un ambulatorio antitracomatoso. Occorre ben altro per reprimere il tracoma.

Con resipiscenza alquanto tardiva ma sempre encomiabile il Ministero dell'Interno emanava nell'ottobre 1919 un decreto-legge inteso ad apprestare i mezzi economici ed igienici necessarii per arginare la diffusione della congiuntivite granulosa nel paese: si assicuravano ai comuni ed alle Opere Pie — mediante mutui senza interessi — le somme occorrenti per l'impianto e l'arredamento di ambulatorii antitracomatosi e di reparti di cura, al cui funzionamento avrebbe concorso anche lo Stato con adeguati sussidii. Purtroppo pochi comuni hanno finora tratto profitto da tali disposizioni: la maggior parte di essi ha tentato di nascondere con voti platonici la propria abituale apatia di fronte alle questioni d'interesse generale; gli altri, pur mostrandosi animati da buone intenzioni, sembrano essersi smarriti fra le dune degli ostacoli burocratici (1).

È necessario, pertanto, insistere sui mezzi profilattici da espletare per combattere la diffusione del tracoma.

La prima delle misure utili al conseguimento di tale scopo è appunto l'istituzione, da parte dello Stato e dei comuni, di appositi ambulatorii gratuiti, in cui i tracomatosi (ciascuno dei quali deve essere considerato come un piccolo centro d'infezione) vengano non solo curati ma anche istruiti sulle norme di profilassi individuale da seguire per non arrecar danno alle persone in mezzo alle quali vivono: evitare qualsiasi promiscuità nell'uso della biancheria personale, della catinella, del letto, ecc.

Inoltre, nei paesi in cui la congiuntivite granulosa è assai diffusa, s'impone anche la creazione di reparti oftalmici per l'isolamento e la cura dei tracomatosi durante la fase acuta, nella quale il pericolo della trasmissione è assai maggiore che nella fase cronica ed in cui i malati sono resi temporaneamente inabili al lavoro.

Dovrà anche essere esercitata una diligente sorveglianza sanitaria in tutti i luoghi in cui l'agglomeramento di molti individui ed il facile scambio degli oggetti di uso ordinario rendono più facile il contagio: scuole, caserme, asili, collegi, orfanotrofi, opifici, prigioni; e si adempirà all'obbligo della denuncia di qualunque caso di tracoma riscontrato nelle collettività suddette.

Nelle scuole, non appena verrà osservato un alunno affetto da tracoma, dovrà essere per quanto è possibile isolato e, se la malattia è nella fase acuta, secernente, addirittura dimesso dalla scuola per essere sottoposto alle cure opportune, considerandosi anche che nello stadio della malattia accompagnato da abbondante secrezione congiuntivale, lacrimazione e fotofobia, qualsiasi applicazione allo studio è dannosa se non impossibile.

Se invece la malattia è nella fase cronica (poco secernente) gli scolari potranno continuare a frequentare la scuola, ma saranno tenuti in banchi separati e non prenderanno parte ai giuochi in comune ed agli esercizi ginnastici. Inoltre, nei luoghi maggiormente colpiti dal contagio, sarebbe utile l'istituzione di classi parallele per tracomatosi o addirittura di scuole speciali in cui i piccoli malati ricevessero contemporaneamente istruzione e cure.

Accade abbastanza frequentemente che i bambini contraggano la congiuntivite granulosa sin da quando sono affidati alla nutrice: è opportuno, quindi, sottoporre le balie ad accurata visita anche dal punto di vista delle affezioni oculari, rifiutando quelle che risultano affette da tracoma; e se, come accade in qualche regione — ad esempio in Sardegna —,

(1) Nella provincia di Chieti, ove si svolge la mia attività professionale, i comuni di Lanciano e di Vasto, dopo aver allestito i locali per l'ambulatorio ed aver provveduto al medico ed ai materiali sanitarii occorrenti, si sono arrestati davanti ad una formalità burocratica qual'è la firma della *convenzione* con lo Stato, forse temendo che quest'ultimo non conceda i sussidii promessi. Nel capoluogo della provincia si è ancora titubanti nella scelta dei modesti locali necessarii per l'ambulatorio e nel comune di Pescara l'iniziativa volenterosa dell'ufficiale sanitario non è stata seguìta dalle pubbliche autorità. Concludendo: dopo oltre tre anni dalla pubblicazione del decreto ministeriale non esiste ancora un ambulatorio antitracomatoso nella provincia di Chieti.

per l'enorme diffusione acquistata dalla malattia, è talvolta impossibile trovare una donna che non sia malata di congiuntivite granulosa, è prudente ad ogni modo ottenere che si stabilisca il minor contatto possibile fra il bambino e la sua nutrice, la quale — secondo i più scrupolosi igienisti — dovrebbe esser ridotta alle funzioni di un *biberon* vivente!

Una profilassi assai proficua è possibile attuare nell'esercito fino dalle operazioni di leva, le quali potrebbero servire egregiamente a mettere in vista e ad additare alle autorità i casi di tracoma constatati alla visita, che potrebbero poi essere meglio accertati nei reparti di osservazione e trattenuti in cura in appositi padiglioni degli ospedali militari qualora si trattasse di forme acute o riacutizzate (secernenti).

Nei collegi, orfanotrofi, asili sarà bene adottare il provvedimento di dimettere i tracomatosi — quando non è possibile isolarli — data la straordinaria facilità di contagio fra gli allievi stessi per la loro intima comunione di vita. Tale misura riuscirebbe assai più gradita ai.... detenuti delle carceri che invece debbono rassegnarsi all'isolamento.

Gli operai degli stabilimenti industriali dovranno essere vigilati dal punto di vista dell'igiene e, se riconosciuti affetti da congiuntivite granulosa, curati gratuitamente negli ambulatori antitracomatosi.

Considerando, infine, gl'intimi legami che uniscono la povertà organica ed economica delle popolazioni, il loro arretrato sviluppo culturale e le malattie infettive in genere, si impone il dovere sociale di promuovere il miglioramento delle condizioni di vita e l'elevazione morale ed intellettuale della classe lavoratrice, la salubrità delle abitazioni, e la volgarizzazione delle norme igieniche individuali e collettive.

Si preparerà in tal modo l'avvento di una umanità più sana, più forte e più pura.

Chieti, febbraio 1923.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Note di semeiologia fisica sulle cisti di echinococco del polmone.

(A. CARDUCCI. *Rivista Ospitaliera*, V. 12, n. 13, 1922).

Se ben oggi, con l'aiuto della radioscopia, si possano diagnosticare con facilità e rapidità le cisti di echinococco del polmone anche le più difficili a scoprirsi, ciò non significa che debbano trascurarsi tutti quei dettagli e quelle finezze di semeiologia fisica che, essendo sempre in ogni luogo alla portata di tutti, rendono al medico più facile, più probativo e quindi più soddisfacente l'orientamento diagnostico.

L'A. richiama l'attenzione su alcune particolarità semeiologiche presentate dalle cisti di echinococco polmonare che, per esser legate principalmente a due concetti causali (presenza nell'interno del parenchima polmonare di una massa che non riempie gli alveoli ma ad essi si sostituisce per cui vengono a mancare le note dell'infiltrazione alveolare; sviluppo lento della massa e quindi possibilità di adattamento del polmone, sia dal punto di vista subiettivo che obiettivo) imprimono una fisionomia tutta particolare alla loro obiettività, sopra tutto per quello che riguarda i dati plessici.

Queste caratteristiche sono rivelabili nelle cisti che nel loro sviluppo vengono a toccare la parete costale almeno in un punto e, pur essendo comuni a tutte le cisti indovate in una qualsiasi parte del polmone, sono specialmente chiare in quelle che si estrinsecano nella parete toracica anteriore. Esse mancano nelle cisti centrali, in cui può d'altronde mancare qualsiasi altro rilievo semeiologico, e nelle cisti che han subito la rottura e si sono svuotate, nelle quali i segni fisici sono notoriamente ben diversi e di altra natura.

Sono ben note le modificazioni rivelabili all'ispezione ed alla palpazione che la cisti imprime al torace ed al polmone per la forza tensiva di cui essa è dotata e per il fatto che un mezzo non aereato viene a sostituirsi ad una parte più o meno notevole di parenchima polmonare.

Ma è con la percussione che si rivelano i dati più importanti e più caratteristici; su di essi fissa l'attenzione l'A. descrivendo con precisione dei rilievi semeiologici interessanti ai fini diagnostici sopratutto.

Una cisti che, sviluppandosi nell'interno del

polmone viene a toccare in un punto la parete toracica, riproduce nei suoi rapporti con quest'organo qualche cosa di simile a quello che fa il cuore nei suoi rapporti con il polmone stesso. Infatti, poichè la cisti è un corpo sferico, accadrà che di essa un tratto circolare più o meno esteso sarà scoperto ed a contatto diretto della parete toracica; mentre intorno intorno sarà separata da uno strato di parenchima sempre più spesso a mano a mano che dal centro si va verso la periferia. Volendo riportare così graficamente ed in prospettiva sulla parete toracica corrispondente la zona di cisti coperta e quella scoperta si vengono a descrivere due cerchi concentrici, due aree anatomiche che si possono determinare semeioticamente avvalendosi della percussione debole e della forte. Noi in conclusione possiamo ritrovare un'aia di ottusità assoluta (corrispondente alla zona di cisti scoperta e rilevabile con la percussione leggera) contenuta in un'aia di ottusità relativa (corrispondente alla zona di ciste ricoperta da polmone e rilevabile con la percussione forte).

Nella *pleurite saccata*, malattia molto di frequente messa in discussione nel diagnostico differenziale con la cisti da echinococco, quando ci poniamo a definirne i limiti di ottusità, sia con la percussione forte che con la debole, accade o di rinvenire perfettamente l'opposto di quanto si è descritto in riguardo alle cisti di echinococco del polmone o di delimitare, con le due percussioni, due aree sovrapponibili e cioè un'area unica. E la ragione di ciò è nel fatto che l'essudato pleuritico, per il suo modo di sorgere e di diffondersi, viene ad avere una maggiore profondità al centro che alla periferia.

È ovvio, per le note leggi generali sulla percussione, dedurre da questa considerazione il perchè del reperto semeiotico accennato.

Solo una *pleurite interlobare* potrebbe riprodurre il comportamento percussorio della cisti. La sede della malattia potrà in questo caso aiutare nell'evitare un errore.

L'ascoltazione, in casi di cisti, fa rilevare una mutezza respiratoria che o è assoluta o è accompagnata a qualche sfregamento dovuto ad una pleurite secca concomitante.

Il soffio bronchiale è eccezionale; mancano invero i fattori della sua produzione. Se bene anche nella cisti si abbia una compressione alveolare pur tuttavia, per il graduale modo d'insorgere e di svilupparsi della cisti stessa, il polmone ha agio di spostarsi e di ridurre ad un minimo quasi trascurabile gli effetti di detta compressione.

Il rilievo di tutti questi segni (dimostranti semeiologicamente la presenza nel polmone di un corpo sferico o quasi, privo di aria, a contatto in un punto più o meno esteso con la parete costale, approfonditosi nel parenchima aumentando circolarmente nel suo volume) evita quasi sempre confusioni diagnostiche con quelle altre formazioni sferiche o quasi sferiche che nel polmone possono rinvenirsi ed assumere con esso rapporti consimili agli accennati: L'ASCESSO ED IL CANCRO DEL POLMONE.

Nell'un caso, però, per la precedente e contemporanea infiltrazione polmonare e per il rapido sviluppo delle lesioni, si ha: presenza di soffio bronchiale o per infiltrazione residua o per compressione; presenza di rantoli intorno alla zona ottusa; poca nettezza delle due aree di ipofonesi; mancanza di *vossure* della parete che, ove esista, è dovuta ad edema delle parti molli.

Nell'altro caso, pur essendo le condizioni fisiche assai più vicine a quelle della cisti, tuttavia è sempre più difficile il rilievo di una netta delimitazione delle due aree ottuse e, per il più rapido accrescersi del tumore, manca quasi sempre la deformazione toracica. E non fanno difetto d'altronde altri numerosi segni che possano suffragare la diagnosi.

Per quanto in ogni caso le indagini di laboratorio costituiscano sempre un notevole aiuto, pur tuttavia ogni qual volta ci si trovi dinanzi a reperti chiari, del genere di quelli descritti, la diagnosi può stabilirsi con sufficiente garanzia.

D. MASELLI.

PATOLOGIA GENERALE.

Sistema vegetativo e individualità.

(KRAUS. *Med. Klinik*, n. 48, 1922).

Ogni organo e parte dell'organismo è attraversato da correnti permanenti, diverse dalle correnti di azione (quelle che si registrano p. es. con l'elettrocardiogramma). Nei diversi individui variano tanto l'intensità quanto la direzione di queste correnti: in alcuni esse decorrono in senso tale da deviare il galvanometro in direzione positiva, in altri in direzione negativa. Queste particolarià sono forse importantissime per il concetto di costituzione. La presenza di queste correnti permanenti in seguito alle quali la sostanza vivente non è mai priva di tensione, viene determinata dalla carica dell'elettrolita colloidale (in seguito a convezione) con acqua e con gli joni Ca e K.

Gli joni del gruppo Ca e quelli del gruppo K sono antagonisti; la risultante dipende dal loro rapporto quantitativo reciproco. Questi joni (elettrolita salino) entrando in reazione elettrolitica con l'elettrolita colloidale (superfici di contatto ossia membrane), provocano in esso, che è amfolito, una dissociazione di joni H o di joni OH_1; cosicchè si alternano durante i processi vitali l'acidosi elettrolitica colloidale (da non confondersi con l'acidosi del sangue, determinata dagli acidi organici sorti in seguito ad ossidazioni) e l'alcalosi elettrolitica colloidale. Alle tensioni elettriche spontanee (corrente permanente) si sovrappongono poi le varie tensioni determinate da tutti quegli stimoli esterni a cui la sostanza vivente è recettiva. Il sistema elettrolita-membrane mantiene la sostanza vivente costantemente al di sopra dello stato di equilibrio: ciò che rende possibile la ricezione di qualsiasi stimolo esterno e la reazione ad esso.

L'intero sistema vegetativo è composto dalle superfici di contatto (membrane) della struttura plasmatica (che appartengono all'elettrolita colloidale), dall'elettrolita salino, da una combinazione di cationi antagonisti, da « regolatori », ormoni, sostanze stimolanti endo- ed esogene, e da catalizzatori: tutto ciò viene retto e regolato dal nervo vegetativo. Le manifestazioni di movimento in questo sistema vengono rette, anche indipendentemente dal nervo, dai potenziali elettrici delle superfici di contatto. Intimi rapporti intercedono tra i nervi vegetativi e l'elettrolita salino.

Così, p. es., la stimolazione simpatica agisce come il calcio; l'adrenalina è inefficace se non esiste il calcio; in conigli arricchiti di calcio la stimolazione diretta del vago determina tachicardia. Questi rapporti appunto rendono il sistema nervoso vegetativo padrone e regolatore dei processi della respirazione, circolazione, attività cardiaca, regolazione termica, del ricambio, delle ossidazioni, ecc.; non si deve però senz'altro identificare il nervo vegetativo con K e Ca, nè pensare che la sua azione consista in una distribuzione di questi joni, oppure che questi « carichino » il nervo (una rana che in seguito all'eccitazione di speciali centri cerebrali si comporta come un animale arricchito di Ca, non si modifica in seguito alla somministrazione di K). I nervi vegetativi agiscono alterando la proporzione degli joni H e OH dell'elettrolita colloidale. L'eccitazione dei nervi vegetativi determina anzitutto una ineguale polarizzazione, in seguito a fenomeni di stratificazione nell'elettrolita colloidale. In seguito a tale alterazione di stato, in primo luogo la corrente permanente subisce delle rapide oscillazioni (analogamente a quanto avviene in un gas jonizzato), in secondo luogo gli strati nei quali la costante dielettrica è aumentata, si caricano di elettricità positiva in confronto agli strati a costante dielettrica diminuita con cui sono a contatto. Tanto le oscillazioni della corrente quanto le alterazioni di struttura, possono ottenere il predominio sopra la combinazione di joni dell'elettrolita salino. La carica elettrica del sistema vegetativo, che si manifesta nella corrente permanente e nelle oscillazioni di essa, può valere come misura della vivacità dell'eccitazione nell'organismo. Il sistema vegetativo è attivo automaticamente; automaticamente esso si ricarica di nuova energia. I centri vegetativi regolano il sistema corrispondente in modo analogo al termoregolatore di un termostato, in modo che si mantenga sempre un determinato « livello »: temperatura del corpo, contenuto di glucosio nel sangue, ecc.

Il sistema vegetativo rappresenta l'anello di congiunzione tra la persona e gli organi. La persona, considerata come l'essenza che dirige i processi vitali, si può dividere nella persona profonda e nella persona corticale. La persona profonda è tenuta insieme dallo striato, che ha rapporti e col sistema extrapiramidale e col sistema vegetativo. Fino allo sviluppo e alla funzione della corteccia cerebrale, lo striato rappresenta il più elevato organo nervoso dirigente. La maggior parte degli impulsi perviene allo striato dalla pelle, dai muscoli, dalle articolazioni e legamenti, e dagli organi interni (in minor grado) attraverso le vie spino-cerebellari, il cervelletto e il talamo ottico, per trasformarsi poi nel nucleo rosso, negli impulsi motorî per i muscoli striati, nell'ipotalamo rispettivo, nel nucleo vegetativo dell'oblongata, negli impulsi per la funzione dei muscoli lisci e delle glandole. La azione dirigente consiste in ciò, che il cervelletto, sulla cui estesa superficie vengono raccolti gli impulsi sensitivi, li rinforza accumulandoli, mentre allo stesso tempo lo striato, distribuendo gli impulsi, agisce come resistenza. Soltanto con la formazione delle vie corticali motorie è reso possibile l'agire « spontaneo ». Pure la « persona profonda » permane il nucleo della personalità; essa rappresenta l'irrazionale, l'istintivo, ha però già per sè una certa facoltà di discernimento. Il « tipo di reazione individuale » è collegato alla persona profonda; da essa le recezioni attingono (nel sistema vegetativo) la vivacità, cioè il fattore quantitativo della eccitazione: mentre l'intensità di essa dipende dall'intensità dello stimolo.

La possibilità della persona di dirigere razionalmente i processi vitali (particolarità costituzionale) è un elemento oltremodo importante in tutta la patologia (p. es. ipertrofia di un cuore con vizio valvolare).

R. POLLITZER.

VENEREOLOGIA.

Sul valore del trattamento interno della gonorrea.

(W. SCHOLTZ. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 1922, n. 43, pag. 1443).

Questa breve rassegna è destinata ai medici, i quali, dice l'autore, in tanto fiorire di molti prodotti e di molti metodi di cura possono facilmente trovarsi disorientati.

L'A. afferma che, almeno nella blenorragia non complicata dell'uomo, la cura locale ben praticata (della quale egli delinea lo schema) è più che sufficiente, mentre ai varii mezzi curativi somministrati per via orale — olio di sandalo, balsamo di Copaive, subebe, salolo, urotropina — si può al massimo attribuire il compito di favorire il decorso normale e di agevolare il trattamento locale.

Più efficaci fra questi mezzi sono i balsamici: dei quali non si sa se il principio attivo passi nell'urina, ed agisca durante l'urinazione, passando nella mucosa come un liquido medicamentoso o invece giunga alla mucosa direttamente dal sangue o dalle ghiandole mucose. Certo è che nè i balsamici, nè gli altri preparati hanno un'azione disinfettante rispetto ai gonococchi: i prodotti di scissione dei balsamici mostrano invece sulle mucose un'azione leggermente astringente ed anestetizzante.

Fra i balsamici, i migliori, sono il Santyl (etere salicilico dell'olio di sandalo), il Gonosan (combinazione della resina di Kawa con l'olio di legno di sandalo), il Blennosan (balsamo di Copaive purificato): che sogliono non determinare fenomeni secondarii spiacevoli. Bisogna però ricordare sempre che la loro efficienza si limita ad ostacolare la diffusione del processo ed a permettere un'applicazione energica della terapia delle iniezioni.

In modo analogo a quello dei balsamici agiscono il decotto di foglie di uva ursina ed i preparati analoghi: che possono essere utilmente impiegati come bevanda nella gonorrea acuta: nella quale è opportuno che il malato introduca molti liquidi, per essere costretto ad orinare di frequente, e quindi a lavare la sua uretra dal secreto infettivo.

Tutti questi mezzi hanno un'importanza maggiore nella gonorrea posteriore che in quella anteriore.

Di notevole importanza è anche il trattamento con l'atropina, caldeggiato dallo Schindler. È dimostrato infatti che l'atropina impedisce i movimenti antiperistaltici del vas deferens, che si stabiliscono in seguito alla stimolazione della parte posteriore dell'uretra e che favoriscono l'avanzata dei gonococchi verso l'epididimo. Si somministra l'atropina per bocca (1/2 mmg., 3 volte pro die) o con supposte rettali con 1 mmg. di atropina (una la mattina ed una la sera), sospendendo la somministrazione appena s'iniziano i fenomeni tossici.

Assai più difficile è il giudizio sui vari mezzi curativi consigliati negli ultimi anni per iniezione sottocutanea o intravenosa. (Arthigon, Trypaflavin, Argochrom, Yatren, sostanze proteiche quali il latte, l'Aolau ed il Caseosan, l'olio di trementina, lo zucchero di canna). Quanto all'Arthigon, se è innegabile una certa sua azione specifica perchè provoca reazioni generali e di focolaio, ha un'azione non troppo dissimile da quella delle altre sostanze proteiche aspecifiche.

Tutti questi preparati influenzano favorevolmente le complicazioni della blenorragia (epididimite, prostatite, annessiti), mentre sono praticamente inattive nella gonorrea acuta, almeno secondo il giudizio comune: l'A. invece crede che, uniti ad una energica terapia locale, alcuni di questi mezzi (p. es. iniezioni endovenose quotidiane di Arthigon; o iniezioni quotidiane o a giorni alterni di olio di trementina (terpichin); o, meglio ancora, iniezioni intravenose di zucchero d'uva) abbiano una reale efficacia terapeutica sulla gonorrea acuta. Il pratico però potrà trascurare questi mezzi: e solo nelle complicazioni egli potrà usare con vantaggio delle iniezioni di terpichina (specialmente nelle affezioni recenti e dolorose) e di Arthigon (possibilmente endovenose, nelle forme più antiche): riservando quelle di latte ai casi più ribelli.

L'A. conclude riaffermando l'importanza preminente della cura locale.

SERENI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

H. Letheby Tidy. *A synopsis of medicine.* Un vol. in-16, di pag. 985. J. Wright and Sons, ed. Bristol, 1923. Prezzo 21 scellini.

L'A. ha raggiunto con questo libro lo scopo di condensare in modo schematico e con uno stile conciso le più importanti nozioni sulle malattie mediche. Di ognuna vengono descritte l'eziologia, i sintomi, l'anatomia patologica, prognosi, diagnosi e cura. Giustamente l'A. osserva che sarebbe un errore il credere che questo libro possa sostituire un trattato; esso però si rivela molto utile per chi abbia bisogno di una rapida consultazione, come accade generalmente al medico pratico, o di rivedere in breve tempo tutta la materia od un determinato gruppo di malattie ed in tal caso sarà particolarmente accetto allo studente. La disposizione della materia e gli opportuni accorgimenti tipografici rendono assai agevole e rapida la consultazione e la lettura. Il lavoro è aggiornato in modo che vi si trovano accennate le moderne vedute sicchè esso può anche servire a dare un'idea dello stato odierno di molte questioni di medicina. In meno di tre anni esso ha raggiunta la terza edizione, ciò che dimostra il favore con cui è stato giustamente accolto.

fil.

Prof. Hermann Schlesinger. *Krankheiten der Lunge, des Brust-und Mittelfells.* Vol. VIII, 2ª ediz. Editore G. Thieme, Lipsia, 1923. L. 11.25.

In semplice ma nitida veste tipografica è uscito in questi giorni, per i tipi di G. Thieme, l'8° volume della collezione: *Errori di diagnosi e terapia e modo di prevenirli*, pubblicata sotto la direzione del prof. J. Schwalbe.

Questo volume tratta le malattie del polmone, del torace e del mediastino, e con lucida chiarezza, lo Schlesinger che l'ha dettato, pone in guardia i medici da quegli errori che occorrono frequentemente, come lui stesso ha osservato, sia in Ospedale, sia nella clientela privata. Come è detto nella stessa prefazione, questo libro non ha alti scopi scientifici, ma è dettato da un medico pratico per medici pratici.

Il prof. Kienböck ha arricchito questo volumetto con numerosi disegni di radiografia, brevemente, ma a sufficienza annotati.

Questa opera, che è già alla sua seconda edizione ed è stata anche tradotta in spagnolo, risponde perfettamente alle intenzioni degli autori e al desiderio dei medici che avranno trovato e troveranno in queste pagine piene dell'esperienza clinica dello Schlesinger spesso la risposta ad imbarazzanti domande diagnostiche e terapeutiche. Sommamente interessanti sono i capitoli che riguardano la sifilide polmonare, i tumori della pleura e del polmone, come anche lo stesso capitolo sulla bronchite.

Ogni capitolo è diviso in due parti: nella prima sono esposti i sintomi della malattia e gli errori che la loro falsa interpretazione ha potuto dar luogo, nella seconda gli errori di terapia.

Questo volumetto dovrebbe sempre essere sul tavolo dei medici; specie di quelli che, esercitando lungi da centri ospitalieri o da laboratori, hanno a disposizione pochi mezzi sussidiari alla diagnosi, oltre quelli puramente clinici.

T. De Sanctis Monaldi.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Congresso Internazionale di Talassoterapia Venezia.

9, 10, 11, 12 aprile 1923.

È l'ottavo della serie (I Boulogne s/ Mer 1894; II Ostenda 1895; III Biarritz 1903; IV Abbazia 1908; V Koldberg 1910; VI Cannes 1914; VII Monaco 1920; VIII Venezia).

Seduta inaugurale. — Nel Salone Napoleonico del palazzo reale, gentilmente concesso dal Municipio. Intervenuti: il Prefetto gr. uff. D'Adamo, in rappresentanza del Governo; il Commissario Straordinario della città di Venezia gr. uff. prof. Giordano; il Rettore dell'Università di Padova prof. Lucatello e tutte le Autorità Civili e Militari, nonchè gran numero di rappresentanti della stampa scientifica e politica italiana ed estera.

Discorsi: il Prefetto gr. uff. D'Adamo; il Commissario Straordinario della città di Venezia gr. uff. prof. Giordano; il Presidente del Comitato Ordinatore prof. Vitali; il Segretario Generale prof. Ceresole; il dott. Terwaigne, delegato del Belgio; il dott. Mancioli, delegato del Brasile; il comm. Typaldo Forestis, delegato della Grecia; il prof. Pasinetti, presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia; il prof. Silvestrini, delegato di Rimini; il gr. uff. dott. Ignazio Carrieri, delegato delle Puglie; il prof. Faucello, delegato dell'Ordine dei Medici di Messina; il prof. Baudouin, segretario generale dell'Associazione Internazionale di Talassoterapia di Parigi; infine il prof. sen. Edoardo Maragliano, presidente del Congresso.

Le sedute scientifiche ebbero luogo al Lido nel gran salone dell'Hôtel des Bains, gentilmente concesso. Presidente prof. Maragliano. Presidenti Onorari Baudouin, Cattaneo, Burci, Lucatello, Cheleschi, Viola, Pierry, Terwaigne, Satre, Sorrel, Lamiot, Andrieu, Bagot.

Si iniziò la lettura delle relazioni sul tema ufficiale posto all'ordine del giorno: « Determinare in modo scientifico sperimentale e in tutti i loro dettagli i *fattori che provocano le azioni biologiche nelle diverse spiaggie* ».

Riferirono:

Il dott. Bagot sulle spiaggie del Nord della Brettagna.

Il dott. Lalesque sulla spiaggia di Arcachon.

Il dott. prof. Del Piano sulla spiaggia di Rimini.

Il dott. Kurz sulle spiaggie del Carnaro.

I dottori Baccarani e Paolucci sulle spiaggie marchigiane.

Il dott. Carrieri sulle spiaggie leccesi.

Il dott. Faucello sulle spiaggie messinesi.

Il prof. Calandra sulle spiaggie di Palermo e Trapani.

Il dott. Vincenzo Cuomo sull'Isola di Capri.

Il prof. Luisada sulla spiaggia di Viareggio.

Il prof. Ceresole sul Lido di Venezia.

Il tema ufficiale aveva per iscopo di ricercare le caratteristiche individuali delle diverse spiaggie in modo da consentirne una classificazione.

Una delle conclusioni, fra le più importanti, alla quale si venne, è che le spiaggie calde meridionali italiane e francesi consentono il soggiorno dei nervosi e dei reumatizzati i quali non possono soggiornare sulle spiaggie nordiche ed oceaniche. Certe spiaggie come il Lido di Venezia, a seconda delle stagioni, hanno diversi caratteri: in primavera e in autunno sono eccitanti, in estate, sedative. In certe spiaggie i tubercolosi polmonari migliorano, come ad esempio nelle liguri, in quelle della Riviera francese: altre, come ad esempio il Lido di Venezia, determinano un grave peggioramento nelle forme polmonari, sono quindi controindicate, mentre sono utilissime per le forme ossee e ghiandolari.

Seguirono le comunicazioni.

Il dott. Kurz di Abbazia riferì su osservazioni talassoterapiche fatte nell'Istria orientale, riguardanti specialmente le forme ginecologiche le quali possono trarre grandi vantaggi dalla talassoterapia, quanto colle cure termali.

Il dott. Pascal sulla elioterapia associata alla cura marina.

Il dott. Moreau Defarges sugli esercizi fisici al mare. Questo O. presentò dei notevolissimi risultati ottenuti alla Baule, spiaggia oceanica francese, dall'associazione della Ginnastica Medica, con la cura eliomarina; presentò pure una scheda individuale per le valutazioni fisiche dei bambini, molto pratica ed utile.

Il dott. De Toni sulla talassoterapia per le giovani operaie, riferendo su ciò che la Società Nazionale Italiana di Patronato per le Giovani Operaie, di Torino, con più di 60 sezioni e 5 colonie marine ha fatto in 20 anni, per le giovani operaie linfatiche, clorotiche, ecc. La relazione interessò moltissimo l'uditorio e provocò un *ordine del giorno* che fu approvato ad unanimità, così concepito:

« Il Congresso Internazionale di Talassoterapia fa « voti perchè i differenti Governi considerino la « talassoterapia come uno dei mezzi più impor- « tanti di *profilassi contro la tubercolosi*, ed as- « suma carattere di funzione sociale non limitata « all'infanzia ma estesa anche all'adolescenza ».

Il dott. Leo sulla stasi linfatica temporanea nei tessuti infetti, chiusi o aperti, dovuta alla elioterapia. L'O. illustrò il fatto che nei primi tempi della elioterapia la parte malata diventa sede di una stasi linfatica che determina notevole gonfiore se la forma è chiusa e grande linforrea se la forma è aperta. Questo fenomeno dura qualche settimana ed è seguito dal miglioramento. L'O. si domanda se non si tratti di una forma di autosiero-terapia, determinata dal sole.

Riferì ancora sul trattamento delle salpingiti tubercolari con pelviperitonite; egli espone dapprima le malate per qualche mese al sole per liberare le aderenze e mobilizzare l'utero e gli annessi; procede poi all'intervento operatorio per sopprimere le grosse lesioni che il sole non può ridurre; fa di nuovo la elioterapia per sterilizzare le lesioni paraintestinali, e per guarire le fistole frequentemente residuanti.

Castronuovo, Fiaccarini, Ascione sulla elioterapia e sport marini nel Golfo di Napoli e sul grado di purezza batterica delle acque di quello specchio marino.

Bernay sulla cura delle affezioni cutanee coll'ultravioletto.

Minutilla sulla cura climatica e balneare a Sferracavallo.

Bocchetti sui risultati ematologici e antropometrici ottenuti nelle Colonie aereo elioterapiche della Sanità Militare istituite in 10 stazioni marine in Italia, e sulla tubercolosi polmonare e chirurgica trattata al Sanatorio Militare Marittimo di Anzio. Furono trattati così 5000 soldati in colonie attendate che vivono in mutandine da bagno tutto il tempo della cura, ottenendo brillantissimi risultati sul peso, sul perimetro toracico, sulla funzione respiratoria e sullo stato sanguigno. Illustrò inoltre i risultati morali di queste istituzioni.

Il Congresso, estremamente apprezzando l'istituzione e i risultati, votò un plauso al Ministero della Guerra e i Congressisti stranieri proposero un *ordine del giorno* che fu approvato ad unanimità, affinchè i Governi esteri imitino l'istituzione del Ministero della Guerra Italiano.

Jaubert sui risultati del trattamento eliomarino nella cura delle tubercolosi esterne e del rachitismo.

De Francesco sui metodi e risultati delle cure climatiche alla spiaggia di Lido di Venezia nella tubercolosi ossea e ghiandolare.

Lo stesso O. propose una *scala cromometrica* da adottarsi da tutti gli studiosi di talassoterapia per valutare la pigmentazione della pelle dovuta alla elioterapia.

Questa proposta provocò un *ordine del giorno*

affinchè *la scala* del dott. De Francesco fosse adottata universalmente.

Bellati su 50 anni di cure all'Ospizio Marino Veneto di Lido di Venezia.

Delitala sui rapporti fra mobilizzazione ed elioterapia presentando vari tipi di apparecchi di celluloide che consentono contemporaneamente l'immobilizzazione della parte malata e la elioterapia.

Bardisian sugli scopi e sui risultati ottenuti al Solarium di Lido di Venezia.

Comisso sulla cura marina estiva ed invernale dell'Ospizio Marino di Valdoltra.

Il dott. Saccomani sui coefficienti di adattamento nei militari di guarnigione al Lido, dimostrando che il clima di Lido sui giovani ventenni sani ha un'azione tonica notevolissima, azione che si fa sentire anche sui giovani abitanti la città di Venezia.

Lo stesso O. riferì pure sulla albuminuria balneare dimostrando come buon numero di soggetti completamente sani dopo il bagno presentano una albuminuria transitoria.

Il dott. Malenza riferì sul sanatorio elioterapico per invalidi di Guerra a Malamocco, sanatorio che non è altro se non una vecchia fortezza concessa dal Ministero della Guerra e adattata a Sanatorio. I Congressisti si recarono anche a visitare questa istituzione ed ebbero parole di vivissimo elogio per il modo semplice, pratico e completamente rispondente allo scopo col quale la vecchia fortezza fu trasformata in asilo di sofferenti. I Congressisti stranieri espressero il voto che anche all'estero si possano avere delle istituzioni simili.

Ceresole, Ninni, Pigorini riferirono sopra l'istituzione di una *stazione di idrobiologia marina e lagunare* e sopra l'istituzione di un *laboratorio per lo studio della fisiologia dell'uomo al mare*. Ancora 14 anni or sono il prof. Ceresole per primo, con mezzi propri, fondò un osservatorio climatologico talassoterapico per lo studio della fisiologia dell'uomo al mare, avendone sentito il bisogno, sia in seguito alla constatazione quotidiana della mancanza di ogni base scientifica nella talassoterapia, esclusivamente empirica, generalmente seguita, sia per considerazioni teoriche, in quanto che esistono degli Istituti per lo studio della fisiologia dell'uomo sulle Alpi i quali rappresentano delle curiosità scientifiche, mentre non esiste la possibilità di uno studio metodico delle reazioni dell'uomo al mare, dove migliaia di persone ogni anno si recano per cura. La guerra interruppe gli studi del prof. Ceresole il quale si augura che ora le ricerche da lui iniziate siano riprese metodicamente e con maggiori mezzi.

Il Congresso interessato vivamente da questa lettura, votò un *ordine del giorno* per la fondazione di istituti per lo studio della fisiologia dell'uomo al mare, e nel caso speciale di Venezia, per la cessione del Forte delle Quattro Fontane per piantarvi l'istituto per lo studio della idrobiologia marina e lagunare, e della fisiologia dell'uomo al mare. Il prof. Maragliano auspicando la prossima traduzione in atto di questi voti dichiarò che al prof. Ceresole si deve l'inizio del nuovo capitolo riguardante lo studio della fisiologia dell'uomo al mare. Contemporaneamente si elesse una Commissione composta dai proff. Cattaneo, Cambiaso, Comba, Ceresole, Delitala, Cuomo, Del Piano, Bardisian, Ruata, per tradurre in realtà in Italia il voto dell'istituzione di questi centri di studio.

Armengaud sull'elioterapia al mare e alla montagna, concludendo che la elioterapia marina conviene meglio ai soggetti deboli, mentre quella della montagna ai soggetti capaci di tollerare reazioni fisiologiche più violente.

Pullè trattò questioni pratiche riguardanti le opere di beneficienza al mare.

L'Associazione Internazionale di Talassoterapia, riunitasi poi in seduta plenaria, propose i seguenti ordini del giorno che furono accettati all'unanimità dal Congresso:

1) Affinchè sia modificato il Calendario Scolastico, in modo da anticipare le vacanze e concedere ai ragazzi una migliore utilizzazione della stagione estiva per le cure climatico-marine.

2) Sulle misure da prendere per trattenere in campagna i malati curati al mare per la tubercolosi.

3) Sulle pratiche da fare presso le Autorità affinchè sia assicurata la fornitura d'acqua potabile alle stazioni climatico-marine e sistemato lo smaltimento delle acque sudicie.

Fu votato come sede del prossimo Congresso, che avrà luogo nel 1923, Arcachon; presidente del Congresso fu eletto il dott. Lalesque e il tema posto all'ordine del giorno è:

« La cura marina del rachitismo e l'analisi della sua azione ».

Alla fine del Congresso i dottori Terwaigne per il Belgio e Baudouin per la Francia dissero parole di ringraziamento per il modo con cui Venezia accolse i Congressisti e per l'organizzazione del Congresso che fu altamente elogiata.

Il prof. Vitali salutò i Congressisti a nome del Comitato Ordinatore.

Il prof. Maragliano ringraziò i Congressisti per la loro opera a pro' della scienza, augurando di rivedersi tutti al Congresso di Arcachon con eguale cordialità e fraternità come si ebbe nel Congresso di Venezia.

I Congressisti durante la loro permanenza a Venezia si recarono a visitare, oltre che il Sanatorio per Invalidi di Guerra di Malamocco, il nuovo Ospizio Marino Veneto di Lido e le altre principali istituzioni sanitarie, nonchè il grande Osservatorio Meteorologico del Magistrato delle Acque.

Prima di sciogliersi il Congresso inviò un telegramma di devozione a S. M. il Re che aveva degnato concedere il suo alto patronato alla riunione; a S. E. il Presidente del Consiglio, che ne era patrono, e alle altre principali autorità che concessero il loro appoggio alla riunione così brillantemente riuscita.

Zardo.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA DIGERENTE.

L'azione dannosa dei purganti.

A. Pedro (*Brazil medico*, 17 nov. 1922) richiama l'attenzione sul pericolo che può derivare dall'uso inconsiderato dei purganti. È noto che in certi individui si possono osservare in seguito alle scariche da purgante sudori profusi, pallore dei tegumenti, scialorrea, nausee, vertigini, sincope e qualche volta anche la morte, come accadde in un ammalato dell'A. affetto da insufficienza mitralica, il quale nelle crisi di asistolia trovava sollievo da iniezioni di strofantina o di digitalina; un medico chiamato d'urgenza prescrisse invece dell'acquavite alemanna e l'ammalato morì per sincope cardiaca.

Dannoso è anche il purgante nelle febbri tifoidi in cui provoca una vera enterite medicamentosa irritando maggiormente la mucosa, oltre a determinare una forte perturbazione nell'equilibrio leucocitario. Nelle intossicazioni alimentari il purgante è pure controindicato; in 12 casi Burlureaux ha veduto guarire più rapidamente i 5 individui ai quali non era stato somministrato alcun purgante.

Diversi autori hanno rilevato i danni del purgante nelle forme uremiche, in cui determina oliguria che dura anche parecchi giorni, riduce notevolmente le sostanze eliminate con l'urina, modifica profondamente la composizione dell'azoto urinario, rompendo l'equilibrio azotato in favore di quello non dosabile e diminuendo la quantità di urea.

I fatti talora impressionanti che si hanno in seguito alle crisi diarroiche da purgante (dispnea, fenomeni anginoidi, sincopi, ecc.) sono stati variamente interpetrati; non si può più ammettere l'anemia cerebrale e nemmeno una intossicazione; anche la teoria reflessa non resiste alla critica. Più verosimile sembra l'interpetrare tali fatti come una vera crisi emoclasica; sono state osservate di fatto perturbazioni della concentrazione sanguigna e dell'equilibrio leucocitario; l'abbassamento della pressione sanguigna spiega poi i fenomeni di lipotimia e di sincope. Si deve ritenere che in seguito al purgante si verifichi un grande assorbimento di albumina male desintegrata in conseguenza del turbato chimismo e della peristalsi esagerata; la funzione del fegato è insufficiente a questo lavoro eccessivo sicchè si manifesta lo choc emoclasico. In tal modo si spiega anche l'incostanza del fenomeno, poichè non in tutti gli individui il purgante manifesta gli effetti sopra descritti, ma solo in quelli a fegato insufficiente od a particolare sensibilità proteica.

Comunque il possibile danno del purgante deve essere tenuto presente per non somministrare tale rimedio se non nei casi in cui lo si ritenga realmente utile.

fil.

Incidenti nell'appendicectomia.

Se pure poco comuni e spesso lievi, gli incidenti che possono occorrere durante interventi per appendicite, devono essere conosciuti. (A. Krecke, *Münchn. Med. Wochenscrift*, n. 50, 1922): 1) Incisione della cute. Se l'incisione viene estesa troppo all'interno, si rischia, specie nelle donne, di sezionare l'aponeurosi dell'obliquo esterno, lì dove essa ricopre il muscolo retto: in tal caso si deve eseguire l'incisione pararettale. Nell'incisione pararettale si deve evitare con cura di ledere il nervo intercostale (atrofia del muscolo retto); esso va isolato per via ottusa. 2) Isolamento dell'appendice. Se l'isolamento si prospetta indaginoso, è preferibile l'incisione pararettale (che però comporta la facilità di grandi ernie consecutive). Nei casi in cui non si riesce a trovare la sierosa peritoneale (specialmente quando essa si è resa aderente alla parete anteriore del cieco) la si deve ricercare più all'interno e in alto. In qualche caso la flessura sigmoidea, mobile e spostata a destra viene scambiata con il cieco. Il cieco ha un colorito più chiaro di quello delle anse del tenue. L'appendice viene talvolta scambiata con un appendice epiploica, specialmente in casi di aderenze infiammatorie con notevole infiltrazione del colon e dei suoi annessi. Per ritrovare l'appendice è utile seguire le tenie verso il basso; al loro punto di unione si impianta l'appendice (ponendo attenzione di non seguire le tenie in direzione opposta nei casi in cui il colon ascendente forma un'ansa e il cieco è spostato verso il fegato).

Nei casi in cui le tenie non si possono seguire si deve cercare l'appendice col tatto. Nelle manovre di isolamento del cieco dalle aderenze è bene procedere dall'esterno all'interno (minore pericolo di ledere i vasi importanti). Nei casi nei quali è visibile solo la punta dell'appendice, riesce utile inciderne la sierosa ed isolarla a dito di guanto. Stirando troppo l'appendice, si rischia di determinarne la rottura. Talvolta è difficile distinguere l'appendice dal suo mesenteriolo ispes-

sito. 3) Casi con ascesso. Solo un chirurgo esperto deve operare: è necessario conoscere esattamente l'ubicazione dell'appendice. Nel tipo lombare, l'ascesso si trova all'esterno del cieco, nel tipo inguinale all'interno, nel tipo pelvico, nel piccolo bacino, e nel tipo mesoceliaco medialmente tra le anse del tenue. L'appendice nel 1° tipo va ricercata all'infuori e indietro del cieco, nel 2° tipo in basso e all'interno, nel 3° tipo in basso e nel 4° tipo all'interno tra le anse del tenue. Svuotato il pus è spesso difficile trovare l'appendice: la si ricerca col dito tra le aderenze: il dito la palpa come un cordone grosso quanto un dito.

POLLITZER.

Funzioni e reazioni dello stomaco osservate ai raggi X.

Urano (*The Japan Med. World*, 1922, n. 10) ha esaminato rispettivamente gli effetti della somministrazione di sostanze alcaline od acide sulla forma e sui moti dello stomaco, ottenendo i seguenti risultati: 1) esiste certamente un intimo rapporto tra la reazione del contenuto gastrico ed i movimenti della muscolatura dello sfintere pilorico. Mentre però si riteneva generalmente che i contenuti gastrici alcalini passassero rapidamente nell'intestino, le esperienze dell'A. proverebbero invece che di tutti i composti alcalini quelli di sodio e di potassio passano facilmente nell'intestino, mentre i composti di calcio, magnesio, bario, ecc., si vuotano con un certo ritardo.

2) Mentre gli acidi minerali (acido solforico, nitrico, ecc.), ritardano tutti il vuotamento del contenuto gastrico, gli acidi organici invece (acido acetico, succinico, lattico, ecc.), sembra non abbiano influenza sulla rapidità del vuotamento. Il solo acido tartarico si comporta come gli acidi minerali.

3) Gli acidi e gli alcali non producono nessun cambiamento di forma dello stomaco, per quanto è possibile osservare coi raggi X.

4) I composti di sodio, di potassio, di ammonio, ecc., dànno movimenti gastrici deboli e superficiali.

In egual modo si comportano gli acidi minerali, mentre gli acidi organici non risultano in nulla simili ad essi nel comportamento.

I.

OCULISTICA.

Affezioni oculari causa di cefalalgie.

Nella pratica corrente è facile incontrare persone che, nel mentre godono apparentemente una buona salute, vanno frequentemente incontro a cefalea, a pesantezza di testa. Nella maggior parte dei casi tali disturbi possono essere attribuiti a cause generali: anemia, *surmenage*, reumatismo, artritismo, anemia cerebrale, arteriosclerosi, malattie renali e digestive, ecc. A molti infermi, però, l'esame delle orine, la Wassermann, ecc., riescono negative, e in ultimo vengono inviati all'esame dell'oftalmologo.

Le affezioni oculari che possono produrre cefalea più o meno intensa, più o meno localizzata alla fronte o nella regione sopraciliare, o nella regione occipitale sono, secondo il Rubio (*Boletin de medic. y cir. de l'Ecuador*, 1922, n. 146); i vizi di rifrazione-ipermetropia, astigmatismo, miopia, il glaucoma, l'irite, l'irido-ciclite, l'uveite, le ulcerazioni della cornea, le scleriti, le lesioni infiammatorie delle palpebre, ecc.

Senza occuparsi dei disturbi dolorosi chiari determinati da reazione infiammatoria dell'occhio o delle palpebre, esamineremo le cefalalgie di origine occulta.

I vizi di rifrazione, sia l'ipermetropia, sia l'astigmatismo, sia la miopia, possono dar luogo a cefalalgie, e la loro correzione esatta farà cessare il dolore. In alcune ipermetropie la presenza del vizio di rifrazione può essere ignorata: il p., forzando l'ampiezza dell'accomodazione del muscolo ciliare, cerca di dare al cristallino la forma e l'indice di rifrazione necessario: il muscolo ciliare, lavorando esageratamente e costantemente, fa sì che sopravvengono neuralgie peri-orbitarie, dolori al globo oculare ed alla testa.

Nell'astigmatismo, essendo la rifrazione diseguale nei differenti meridiani dell'occhio, si ha un affaticamento inutile del muscolo ciliare, donde dolori di testa, specialmente sul tardi, dopo il quotidiano lavoro di lettura e di scrittura. Nella miopia, i disturbi dolorosi sono scarsi nei gradi deboli; però nei gradi medi e forti sopravvengono cefalalgie per il meccanismo dell'astenopia muscolare per insufficienza di contrazione dei muscoli retti interni: il p. dopo la lettura, accuserà dolori periorbitari, tensione dolorosa nei globi, sonnolenza, bruciori palpebrali, fenomeni tutti che determineranno una ripulsione per la lettura, una fobia per ogni lavoro oculare.

L'emicrania oftalmica produce disturbi dolorosi con sintomi oculari tipici: le forme complete sono diagnosticabili con facilità, perchè i suoi sintomi sono caratteristici: oscuramento di un occhio, scotoma vibratorio, fotopsie, sintomi subiettivi che scompaiono per dar luogo a cefalee che possono durare dei giorni accompagnate da nausee, vomito, vertigini.

Nel glaucoma, in alcune forme fruste, nel quale gli ammalati accusano cefalea, tale disturbo con accurato esame oftalmoscopico può far scoprire la malattia.

MONT.

Il pronto soccorso nelle lesioni oculari.

Le lesioni oculari sono assai frequenti in tutte le età ed in tutte le classi sociali, nei bambini durante i loro giuochi, negli operai, nei contadini, che si possono ledere con le spighe di frumento, ecc. Esse, prima di essere vedute dallo specialista, cadono sotto il dominio del medico pratico, il quale deve sapere porvi riparo, poichè lesioni apparentemente semplici, mal curate possono occasionare serii malanni ed anche la perdita della vista. Il caso più frequente è quello di corpi estranei che penetrano nell'occhio; talvolta questa semplice evenienza può dar luogo a gravi malattie, come in un caso citato da W. H. Crisp (*Colorado Medicine*, nov. 1922) in cui un medico, per estrarre un corpo estraneo probabilmente inesistente, ha lavorato per più di un'ora sull'occhio del paziente fino a ledere la cornea, provocando una panoftalmite.

La localizzazione meno pericolosa del corpo estraneo è nella faccia interna della palpebra superiore; anche per tale evenienza però, occorre essersi familiarizzati con la tecnica semplice del rovesciamento della palpebra. Un po' più delicata è l'estrazione dei corpi estranei localizzati sulla cornea; anzitutto è necessario vedere il corpo estraneo, ciò che non è sempre facile con l'illuminazione diretta, dovendosi invece ricorrere a quella laterale od obliqua; a tale scopo si colloca la sorgente luminosa a 20-25 cm. da un lato del paziente, di solito a destra del medico, concentrando poi i raggi luminosi sull'occhio per mezzo di una lente convessa; eventualmente si può osservare l'occhio con una lente di ingrandimento. È poi assolutamente necessario l'uso di un adatto anestetico; il più consigliabile è una soluzione di cocaina al 4 o 5 per cento. Per l'istillazione, il paziente deve guardare in basso ed il medico appoggiando a piatto il pollice sinistro sulla palpebra superiore, la stira in alto e la mantiene anche dopo che ha lasciato cadere una goccia di cocaina sulla sclerotica; se l'occhio lagrima molto, lo si asciuga e si applica una seconda goccia di cocaina. Subito dopo si deve procedere all'estrazione poichè l'azione anestetizzante dura poco tempo; lo sguardo del paziente deve essere fissato in un punto determinato. Si asporta poi il corpo estraneo con un po' di cotone sopra uno specillo oppure, se il corpo è incuneato, spostandolo prima con le apposite sgorbie; in caso d'urgenza può anche servire la lama di un temperino; ogni oggetto usato deve essere però ben pulito e sterilizzato, altrimenti vi è il pericolo che ne susseguano ulceri corneali. Quando si tratta di corpi incuneati, l'essenziale è di portare lo strumento (può usarsi con vantaggio un ago da sutura non troppo affilato) contro il corpo estraneo e provarsi a smuoverlo; ciò rappresenta la parte più importante dell'operazione.

In seguito si applicherà un debole antisettico nel sacco congiuntivale; i pareri sono poi divisi per quanto riguarda l'opportunità di applicare un bendaggio. Nel caso che si tema un'infezione corneale si faranno istillazioni di solfato d'atropina all'uno per cento, che devono essere ripetute dallo stesso paziente ogni 3-4 ore fino a che il pericolo sia scomparso. Una evenienza frequente è la penetrazione di calce, rispettivamente di malta nell'occhio; in tal caso, rovesciate le palpebre, si asporterà completamente ogni particella e si faranno poi irrigazioni con debole corrente di acqua, si applicheranno compresse fredde e si farà qualche istillazione di atropina.

Le lesioni più gravi sono indubbiamente di dominio dello specialista; l'importante è che in quelle lievi il medico generico, che per primo vede l'accidente, non usi procedimenti dannosi, come, p. e., quello, che pure è stato messo in uso, di disinfettare l'occhio con tintura di jodio, e di anestetizzarlo con cloruro d'etile. Da una cura razionale delle piccole lesioni, può dipendere l'avvenire della vista del paziente.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo sperimentale alla questione della circolazione del liquor nell'uomo.

Per chiarire la questione dell'esistenza di una circolazione del liquor, l'autore usò una sostanza che quando perviene a contatto coi centri simpatici termoregolatori (nella vicinanza del 3° ventricolo) determina un ipertermia: la tetraido-B-naftilamina cloridrica. Nei conigli l'iniezione intracerebrale di questa sostanza è 10-20 volte più efficace dell'iniezione endovenosa. L'A. vide che in malati di paralisi progressiva l'iniezione endolombare della detta sostanza, era 100-150 volte più efficace dell'iniezione endovenosa. In seguito all'iniezione endolombare di 6-15 mg. si manifestava un ipertermia di circa 2 gradi, 3-5 ore dopo l'iniezione. Ciò dimostra che la sostanza iniettata nel liquor era stata trasportata verso il terzo ventricolo, dove solo poteva manifestare la sua azione. Rimane così dimostrato che sostanze introdotte nello speco vertebrale pervengono al cervello con una velocità limitata, velocità che praticamente si può equiparare ad una circolazione attiva del liquor.

(H. Strecker. *Münch. med. Wochenschrift*, n. 50, 1922).

Pollitzer

VARIA

Felicità e longevità.

In un articolo editoriale il *Journal des Praticiens* esamina la quistione della influenza delle emozioni sulla salute e sulla durata della vita. Non v'ha dubbio, scrive l'anonimo autore, che un morale ben equilibrato da un'allegria lieve influenza favorevolmente le funzioni nutritive, ma le cose non vanno nel medesimo modo quando si tratta di gioie intense ed improvvise. In tutti gli shock conviene tener conto sia delle reazioni immediate che di quelle lontane; la gioia stimola ed esalta, il dolore deprime ed abbatte, ma l'eccitazione prodotta dalla prima non dura più a lungo della depressione indotta dal secondo. D'altra parte l'uomo si abitua ai giorni gai come a quelli tristi; anche rinnovellate le gioie perdono la loro azione tonica, mentre quando le disgrazie si ripetono il dorso sia pure insensibilmente si curva ancora per sostenere il nuovo peso.

L'esaltazione di una gioia nuova si spegne in una specie di malessere che interrompe il ritmo allegro, mentre la depressione della sofferenza nei sensitivi attivi dà una reazione salutare che eccita l'organismo avvilito. È facile obbiettare che questa reazione benefica è tutt'altro che costante: una volta abbattuto l'individuo resta lungamente annientato, il potere di reazione resta abolito poichè lo shock troppo violento ha paralizzato tutte le risorse vitali In effetti la disgrazia apporta una disintegrazione psichica e fisica.

Ma questo fatto che è di osservazione giornaliera ha secondo l'autore le sue eccezioni ed è suscettibile di correzioni. Solo le nature fiacche e molli si lasciano sopraffare dalla sorte. Il loro potere di resistenza diminuisce, e le scosse morali come le malattie fisiche li trasformano in tronchi inattivi ed incapaci di qualsiasi ritorno alle manifestazioni vitali, tra le quali è essenziale la lotta su l'ambiente naturale e sociale.

Al riguardo occorre domandarsi se il disturbo fisico che succede allo shock morale non si è installato a poco a poco ed indipendentemente dal fatto emotivo. È più probabile che l'emozione depressiva ha precipitato uno stato di cose già preparato e covante. La durata della vita quindi sarebbe più breve per gli individui a cui la vita è dura per dolori e disgrazie solo in quanto la loro forza di vitalità sarebbe originariamente ridotta.

Per i forti le cose andrebbero in modo affatto differente. Il colpo di folgore dei cattivi giorni è per le nature vigorose il cordiale più energico, esso affina la loro sensibilità, tempera il loro carattere. Donde il rimbalzo dell'individuo le cui facoltà di iniziativa e di lavoro si infiammano con più ardore, mentre l'armatura contro la disgregazione fisica si adatta e si fissa con maggiore solidità. I sensitivi attivi spesso vivono lungamente, perchè questi temperamenti salgono più in alto dopo ogni crisi deprimente.

La vita senza nubi e senza urti offre vantaggi alle anime placide che l'attraversano con occhio dolce e che non si illuminano di nessuna scintilla. Il piano della vita sul quale queste anime camminano senza fretta e senza indugi si estende con tinta grigia talvolta su orizzonti smisurati. Gli uomini pacifici raggiungono età molto avanzate. Ma gustano mai la felicità? La loro sensibilità ottusa ripugna alla luce: essi sono incapaci di sentire il calore di un raggio troppo vivo come di lasciarsi impressionare dal freddo. Passano indifferenti, non agitati, senza gioia e senza dolori, senza infamia e senza lode. Come le sensazioni dolorose non valgono a commuoverli e ad abbatterli, le sensazioni piacevoli non valgono ad accendere nelle tenebre del loro spirito una scintilla di festa e di energia.

Il morale adunque agisce sul fisico unicamente svelando le tendenze nascoste. La natura fa vivere; nelle sue mani l'uomo non è altro che uno strumento di gioia o di dolore. L'uomo è un essere vivente che dalle sue pene sa trarre materia di elevazione e di progresso in tutti i sensi. Quando si lascia soverchiare era stato di già condannato. La felicità e la disgrazia non mutano il destino ultimo degli uomini, non hanno influenza sulla durata della vita.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Cerutti Giacomo. *Fibromi ed emorragie dell'utero.* — Roma, P. Sansaini, 1922.

De Bella A. *Uretrite sifilitica eritemato-papulo-erosiva del periodo secondario.* — Genova, Stab. Artisti Tipogr., 1922.

Id. *L'autosieroterapia ematica nelle artriti gonococciche.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1922.

De Favento Piero. *Itterizia, sifilide ed arsenobenzoli.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1922.

De Vecchis Beniamino. *La evoluzione storica della Stomatologia nel periodo del rinascimento e del secolo d'oro.* — Napoli, Soc. Ind. Ed. Meridionale, 1922.

Id. *Le carie dentale e la tubercolosi nei loro rapporti patologici e profilattici.* — Napoli, Rassegna Int. Clin. e Ter., 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Provvedimenti eccezionali per gli impiegati degli enti locali.

Un comunicato alla stampa annunzia che il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto concernente la revisione dei regolamenti organici degli impiegati delle Provincie, dei Comuni e delle Istituzioni di pubblica beneficenza — compreso, si intende, il personale sanitario.

Questo provvedimento è ispirato a criteri di economia obbligatoria e consente le più ampie facoltà.

Sulla base del comunicato, le principali disposizioni si possono riassumere così:

a) le provincie, i comuni e le istituzioni di pubblica beneficenza *dovranno* procedere, entro due mesi dalla pubblicazione del decreto, alla revisione delle tabelle e degli organici degli impiegati e salariati;

b) qualora le Amministrazioni degli enti suddetti non provvedano nel termine stabilito, *si sostituisce ad esse l'Intendente di Finanza*, con poteri di revisione e di licenziamento, che devono essere esercitati nel termine di tre mesi dalla scadenza di quello assegnato alle Amministrazioni autarchiche;

c) la revisione deve essere fatta allo scopo di ridurre il *numero dei posti ed il personale*, comunque nominato ed inquadrato, *nonchè gli stipendi, i salari e gli assegni di qualsiasi specie*, in relazione alle condizioni finanziarie dell'ente, alle esigenze dei servizi ed alla importanza delle attribuzioni affidate al personale stesso;

d) dovranno essere riformate le norme relative al trattamento di riposo, per ridurre questo ai limiti stabiliti per gli impiegati governativi, intendendosi annullati, anche per le istituzioni pubbliche di beneficenza, i regolamenti posteriori all'entrata in vigore del R. D. 19 settembre 1899, n. 394, nelle parti che contravvengono al divieto fatto dall'articolo 65, lett. *d* del decreto stesso;

e) le Amministrazioni dovranno procedere alla *dispensa dal servizio del personale* regolarmente nominato a posti di ruolo o avventizio che si trovi tuttora nel periodo di prova e indi di quello che ha conseguito la stabilità, *qualora il personale, in seguito alla revisione degli organici, risulti in eccedenza al numero dei posti fissato* dalle nuove tabelle organiche; per tali dispense si osserveranno, in quanto siano applicabili, le norme stabilite negli art. 1, 2, 3 e 4 del R. D. 25 gennaio 1923, n. 87, concernenti l'esonero e il trattamento di quiescenza del personale delle Amministrazioni dello Stato;

f) nei casi di dispensa, saranno preferite per il mantenimento in servizio le persone appartenenti alle categorie indicate nell'articolo 3 del R. D. 28 gennaio 1923, n. 153, cioè: 1° mutilati ed invalidi di guerra, ex combattenti feriti o decorati al valore militare o che abbiano prestato servizio per terra, per mare o per aria in zona di operazioni presso reparti operanti e, quanto ai militari addetti ai comandi, che abbiano prestato servizio presso i comandi mobilitati inferiori, fino a quello di brigata compreso; 2° vedove di guerra che non abbiano contratto nuovo matrimonio, orfani di guerra, sorelle nubili dei caduti in guerra, che siano unico sostegno di famiglia; 3° vedove non passate a seconde nozze, orfane non coniugate di impiegati o agenti morti in attività di servizio o che non abbiano diritto a pensione; 4° impiegati ed agenti che, a giudizio insindacabile dell'Amministrazione, si siano particolarmente segnalati per capacità, diligenza e zelo nell'adempimento dei loro doveri ed abbiano altresì dimostrato, in quanto esercitino funzioni o mansioni di indole tecnica, di possedere in misura notevole la capacità specifica necessaria per l'esercizio delle attribuzioni loro affidate; la preferenza prevista ai nn. 1, 2 e 3 non sarà efficace qualora sia dimostrata la inidoneità o incompatibilità dell'impiegato al servizio; nei casi degli art. 2 e 3 la preferenza è limitata ad un solo membro per ciascuna famiglia;

g) le norme del decreto saranno applicate *non ostante qualsiasi contraria* disposizione di legge, di regolamenti generali o speciali o di capitolati;

h) gli impiegati e salariati dispensati dal servizio saranno ammessi a liquidare la pensione o indennità loro spettante a termini di legge o dei regolamenti organici; *sarà inoltre corrisposta ad essi, a carico dell'ente, una indennità la cui misura sarà fissata dalle rispettive Amministrazioni*, ma che non potrà in nessun caso essere superiore a sei mesi nè inferiore a due mensilità dell'ultimo stipendio;

i) contro i provvedimenti concernenti le materie sopraindicate è ammesso soltanto il ricorso *per legittimità*, cioè per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere, alla

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

IV Sezione del Consiglio di Stato, entro il termine di 60 giorni dalla comunicazione della relativa deliberazione

***

Si tratta di un provvedimento assai grave, che potenzialmente risolve tutti i diritti quesiti, così per la stabilità dell'ufficio come per la misura della retribuzione, sia che il diritto sorga da norme di legge o di regolamento, sia che derivi da provvedimenti dell'Amministrazione autarchica o della Giunta Provinciale Amministrativa in sede di tutela.

Ma, pur nella sua ampiezza eccezionale, questo potere, che deve essere esercitato obbligatoriamente, è contenuto entro certi limiti che risultano dalla finalità di esso e specialmente dalla natura dei servizi ai quali si riferisce.

Questi limiti hanno per i sanitari una speciale importanza, perchè la stabilità dell'*ufficio* e la *misura della retribuzione* non corrispondono ad un interesse privato, ma sono stabilite nell'interesse stesso del servizio di assistenza e di vigilanza sanitaria, il quale appartiene alle più delicate prestazioni che gli enti devono organizzare, con sufficienza, per obbligo legale.

Pertanto, la riduzione delle condotte e di altri uffici sanitari — che poteva essere deliberata in forza dei poteri *normali* con lo effetto della soppressione dei posti esuberanti e del licenziamento dell'impiegato — e la riduzione degli stipendi — che costituisce una misura tipicamente eccezionale, in quanto si è sempre riconosciuto che gli stipendi sono irriducibili qualora si sia acquistato un diritto per legge o per capitolato —, la riduzione degli uffici e degli stipendi dicevamo è contenuta, secondo lo spirito del decreto, nei limiti della *necessità economica compatibile con le esigenze del pubblico servizio.*

Per rafforzare questo concetto, che deve essere subito fissato al fine di evitare eccessi che non sono nelle intenzioni del Governo e che sconvolgerebbero situazioni legittimamente acquisite, crediamo utile riportare dal « Comunicato » alcune note delucidative che stabiliscono le finalità del decreto e, con queste, i limiti entro i quali deve esserne contenuta l'applicazione.

« Il provvedimento trova la ragione nel fatto che negli anni scorsi e particolarmente nel 1920-21, le organizzazioni degli impiegati degli enti locali, approfittando del momento politico favorevole, iniziarono una viva agitazione che assunse talvolta anche forme extralegali (con scioperi, abbandono di servizi statali, ostruzionismo) per migliorare gli stipendi e gli assegni degli organizzati, riuscendo, a causa della scarsa resistenza opposta alle esorbitanti pretese dall'Amministrazione e dalle Autorità tutorie, ad ottenere trattamenti di eccezionale favore, nella maggior parte dei casi notevolmente superiori a quelli stabiliti per il personale governativo.

« Gli stipendii anche di piccoli Comuni, specialmente nell'Italia settentrionale e centrale, raggiunsero cifre elevatissime con indennità di caro-viveri a scala mobile e con assegni di riposo che in taluni casi, dopo pochi anni di servizio, uguagliavano l'intero stipendio, oltre ad altri benefici ingiustificati.

« Inoltre molte Amministrazioni, che durante la guerra avevano assunto un numeroso personale avventizio per sostituire quello di pianta richiamato alle armi, non solo col ritorno di questo non congedarono il primo, ma in molti casi lo sistemarono illegalmente in pianta senza concorso, riempiendo così gli uffici di un personale esuberante, assunto senza garanzie, generalmente inidoneo. Gravissime furono le conseguenze di questo sistema che diede l'ultimo colpo alle dissestate finanze degli enti locali ponendoli nella maggior parte dei casi nella impossibilità di pareggiare i bilanci, se non con mezzi straordinari, e avviandoli così al fallimento.

« Il Governo non avrebbe potuto, allo stato attuale della legislazione, esercitare una decisiva efficacia al riguardo. Occorreva pertanto una norma legislativa che imponesse la revisione di tutti i regolamenti organici delle provincie, dei comuni e delle istituzioni pubbliche di beneficenza, nonchè il licenziamento degli impiegati assunti quali avventizi o irregolarmente nominati ai posti di ruolo quando fossero risultati in eccedenza alle esigenze di servizio ».

Si tratta, in sostanza, di una misura eccezionale per provvedere a situazioni *anormali* costituitesi in condizioni e con mezzi non ordinari. *Questo criterio-limite è essenziale.*

Esamineremo le singole disposizioni, coordinandole all'ordinamento giuridico sanitario, quando il testo del decreto sarà pubblicato e, con note di commento, concorreremo alla retta applicazione delle nuove norme.

Ora ci preoccupa non ciò che si *dovrà fare*, per raggiungere i fini che il Governo si propone, ma ciò che *si potrà* fare, in forza di poteri così ampi affidati a Provincie, Comuni, Opere pie ed agli Intendenti di Finanza, in sede di sostituzione.

Bisognerà, dunque, vigilare l'applicazione delle norme e l'uso dei poteri. A ciò dovrà con-

correre il Governo con *istruzioni precise alle autorità tutorie* e, anzitutto, con disposizioni tassative che contengano la revisione entro limiti chiari e rigorosi, evitando la grave sproporzione, che risulta dal testo del comunicato, tra i fini che si vogliono raggiungere e i poteri troppo ampi che sono attribuiti agli enti, con effetti di legittime apprensioni e di facili eccessi.

Per le opere antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno, Direzione generale della Sanità pubblica, ha diretto ai Prefetti una circolare per raccomandare che le domande di enti, associazioni e privati dirette ad ottenere sussidi per opere ed istituzioni di prevenzione e difesa contro la tubercolosi, in base alla legge 24 luglio 1919, n. 1382, siano corredate di tutti gli atti necessari, amministrativi e tecnici. Aggiunge il Ministero che invece del parere del Comitato provinciale antitubercolare — le cui convocazioni sono sempre più meno frequenti — le domande siano accompagnate da una relazione dettagliata del medico provinciale.

QUESTIONI PRATICHE.

XXIII. — Concorsi - Esame incompleto dei titoli.

L'essere classificato primo, secondo o ultimo in graduatoria, anche quando questa non abbia efficacia vincolante, costituisce sempre un interesse legittimo dei concorrenti.

Il giudizio di merito della Commissione giudicatrice del concorso è insindacabile in sede di legittimità, cioè quando il provvedimento definitivo di nomina sia impugnato da chi vi abbia interesse, innanzi alla IV Sezione del Consiglio di Stato; ma la Commissione deve considerare e apprezzare tutti gli elementi del giudizio. Se l'esame risulti incompleto, il giudizio da essa pronunziato è illegittimo e quindi è nulla la nomina deliberata in base a quella graduatoria. Devono essere esaminati e valutati integralmente tutti i titoli sia civili che militari.

(Queste massime sono state applicate dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 12 gennaio 1923, n. 3, su ricorso del dottor Colace, al caso di un concorso a medico delle Ferrovie dello Stato, con lo effetto dell'annullamento della nomina del dott. Pitimada e del rinvio degli atti alla Commissione per una nuova graduatoria).

XXIV. — Concorso a medico condotto — Illegale costituzione della Commissione.

Il Consiglio Provinciale sanitario di Cosenza autorizzò il Prefetto a nominare di volta in volta le Commissioni giudicatrici dei concorsi per i medici condotti.

Ma, definito un concorso, uno dei concorrenti (De Musis) ricorse alla IV Sezione del Consiglio di Stato denunziando la illegale costituzione della Commissione.

E la IV Sezione, con decisione 16 gennaio 1923, n. 18, ha dichiarato illegittima la delega della potestà di nomina della Commissione fatta dal Consiglio Provinciale al Prefetto, «tanto più che non era giustificata da nessuna ragione di necessità immediata ed era fatta in via generale per un motivo di mera opportunità, cioè il sollecito disbrigo degli affari».

«È principio generale — dice la decisione — che chi da una norma giuridica, legge o regolamento, derivi una data facoltà specificatamente ad esso riservata, non possa commetterne ad altri l'esercizio».

XXV. — Concorso — Limiti di età.

È noto che l'art. 95 del regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale 12 febbraio 1911, n. 297, dispone che, per l'ammissione al concorso ad impieghi comunali non può prescriversi alcun limite di età per quegli aspiranti che si trovino in servizio di amministrazioni comunali.

In relazione a questa disposizione, la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 9 febbraio 1923, n. 65, ha dichiarato che il servizio valevole a non far applicare il limite di età non può essere se non quello esclusivamente di organico, calcolabile agli effetti della pensione; «se così non fosse si verrebbe meno allo scopo essenziale del limite di età che è quello di impedire che impiegati, non più idonei per età o per salute, rimangano tuttavia in servizio».

XXVI. — Concorso — Notificazione del ricorso agli interessati.

Il ricorso alla IV Sezione contro un concorso (nella specie, per difetto di valutazione dei titoli) deve essere notificato, oltre che all'autorità deliberante, almeno ad uno dei concorrenti. Il difetto di notificazione importa la inammessibilità del ricorso. (Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 13 febbraio 1923, n. 73).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato medico fascista a Milano.

Il Sindacato medico fascista fu costituito a Milano, alla dipendenza del Sindacato Nazionale Sanitario.

Nella seduta di costituzione il dott. Niccolini, vice-segretario politico della Federazione provinciale fascista milanese, prospettò i vari e collegati aspetti del sindacalismo medico al quale deve essere scopo, oltre l'interesse della professione e la tutela igienico-sanitaria sociale, anche la sanità morale della popolazione, concorrendo così a completare quell'opera di restaurazione della coscienza civile e nazionale a cui tende con tutto il suo intenso e vigile vigore, il Fascismo. Venne con unanime consenso approvata la trasformazione in Sindacato del Gruppo medico fascista, delegando una provvisoria Commissione formata dai dottori Carcano, Cresci ed Ettore, a provvedere ad ogni ulteriore pratica iniziale per la sistemazione del Sindacato stesso.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione della sottoscrizione, vedi fasc. 18).

(VERONA):

Cap. Med. D'Ettore	L.	80 —
Cap. Med. Cavallo	»	80 —
Cap. Med. Bini	»	80 —
Cap. Med. Fabbris	»	80 —
Ten. Med. Messina	»	80 —
Ten. Med. Dodinò	»	70 —
Ten. Med. Materazzo	»	70 —
Ten. Med. Palmera	»	70 —
Ten. Med. Pericone	»	70 —
Col. Ris. Margaria	»	25 —

(CREMONA):

Dott. Zurla	L.	80 —
Dott. Penne	»	30 —
Dott. Bazzi	»	10 —
Dott. Labatini	»	10 —
Dott. Reversi	»	10 —
Dott. Conca	»	20 —
Dott. Segalini	»	20 —
Dott. Vignali	»	10 —
Dott. Lumini	»	10 —
Dott. Ferrari	»	30 —
Dott. Fontana	»	20 —

(TRENTO):

Dott. Banfichi	L.	25 —
Dott. Stenico	»	25 —
Dott. Micheloni	»	25 —
Dott. Pergher	»	10 —
Dott. Zini	»	20 —
Dott. Galassi	»	20 —
Redazione *Bollettino Associazione Medica Tridentina*	»	50 —
Dott. Nardelli	L.	25 —
Dott. Righi	»	20 —
Dott. Sartori	»	20 —
Dott. Zucchelli	»	20 —
Dott. Weiss	»	10 —
Dott. Pizzini	»	5 —
Dott. Ballardini	»	5 —
Dott. Cristofolini	»	20 —
Dott. Zubich	»	10 —
Dott. Sicher	»	10 —
Dott. Danna	»	25 —
Dott. Stabile	»	10 —
Dott. Bavca	»	10 —
Dott. Marchi	»	10 —
Dott. Sembianti	»	10 —
Dott. Agostini	»	10 —
Dott. Giordani	»	10 —

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 20 mag. L. 6000 e 5 quadr. dec.; c.-v.; L. 2500 mezzo trasp.; lire 100 ogni gruppo di 50 pov. o frazione in più di 1000; L. 400 se uff. san.

BICCARI (*Foggia*). — Scad. 10 mag. L. 4500; un c.-v.; L. 1000 uff. san. Chiedere avviso.

CATANZARO. *Congregazione di Carità*. — Chirurgo primario Ospedale Civile; vedi fasc. 18. Scad. ore 12 del 15 maggio.

CHIETI. *Congregaz. di Carità*. — Due assistenti nel Reparto Chirurgico dell' Ospedale Civile; lire 2014 (*sic*) annue, c.-v. e altri proventi. Docum. alla Presid. Scad. ore 12 del 20 mag. Laurea da tre anni.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 giugno. L. 2400 (*sic*) annue pei pov., percentuali del 50 e 60 % sulle tasse di cura, integraz. fino a L. 10,000 pel primo biennio. Laurea da 10 anni. Docenza in pat. o clin. med. Il Cons. d'ammin. potrà rinnovare la gara.

ESPERIA (*Caserta*). — Condotta soli poveri. Fraz. Monticelli. Stip. 6000 lorde; aumento 1/10 ogni quinquennio, ind. caro-viv. Scad. 12 giugno. Rivolgersi Segreteria Comune

FOGGIA *R. Prefettura*. — Scad 30 mag.; 19 posti di uff. san., dei quali 14 a L. 1000; per Vicote a L. 2500, Castelnuovo della Daunia a L. 2750, Bovino e Rodi Garganico a L. 4000, Ortanuova a lire 4500. Esami. Biennio di prova. Serv. entro 30 g.

IDRO (*Brescia*). — Consorzio. ab. 3413 di cui 1000 pov.; L. 7000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 3 fino a 2000; L. 4 oltre; L. 2000 per condotta disagiata; L. 3000 indenn. mezzi di trasp.; L. 600 uff. san.; L. 800 indenn. alloggio; due c.-v.; Lire 700 per ogni quinquennio maturato fino a sei.

RAMACCA (*Catania*). — L. 5000 oltre L. 1500 cav., 5 quinq. decimo, 2 c.-v. Scad. entro 12 mag.

RAPAGNANO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 29 mag. Età lim. 45. L. 6500 resid., L. 1000 per 1000 pov., addizion. L. 2.50; L. 3000 cavalc.; tre sessenni di due decimi ciasc.; L. 500 uff. san.; L. 100 mensili caro-viv., ecc. L. 4500 temporaneam. per i non facoltosi non poveri. Ab. 1752.

ROCCA DI CAMBIO (*Aquila*). — Scad. 10 maggio. L 7000, c.-v., 4 sess., L. 500 uff. san., L. 1200 disagiata resid. Età limite 40.

SACILE (*Friuli*). *Ospedale Civile*. — Medico caporeparto medicina e detto chirurgia; vedi fasc. 15. Scad. ore 18 del 15 maggio.

SASSOFERRATO (*Ancona*). — Seconda zona. Scad. ore 13 del 12 mag. L. 12,500 e bienni del ventes. fino a L. 16,000, oltre L. 2400 rimborso spese cav. e le indenn. c.-v. Età limite 40. Chiedere annunzio.

SCANSANO (*Grosseto*). — Scad. 10 mag. Due cond., L. 10,000 per 1000 pov.; 4 sessenni dec., addiz. L. 2; doppio c.-v.; L. 2000 cav.; assicur.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Tre cond.; non oltre il 10 maggio. Vedi fasc. 18.

SONCINO (*Cremona*). — Scad. 31 maggio; vedi fasc. 18.

Ufficio di collocamento per le tre Venezie.

La presidenza della Sezione Padovana A. N. M. C. porta a conoscenza dei Medici e delle Amministrazioni Comunali che l'Ufficio di Collocamento dei Medici per il Veneto, riconosciuto dalla Presidenza Centrale dell'A. N. M. C., continua a funzionare regolarmente.

Le norme che regolano il funzionario dell'Ufficio di Collocamento sono le seguenti:

1) Le richieste dovranno essere rivolte al dottor Casuccio Giuseppe, Segretario della Sezione Padovana dell'A. N. M. C., presso la Sede dell'Ordine dei Medici di Padova: Vicolo Cappellato, n. 3. In caso di urgenza si può telefonare ai numeri 8-77 o 5-39.

2) Le domande e le offerte di interini o supplenze devono essere accompagnate ciascuna dalla quota di lire 10 per i Medici e di lire 15 per le pubbliche Amministrazioni.

I Soci dell'A. N. M. C. inviando la fascetta-indirizzo del «Medico Condotto» pagheranno solo lire 5.

3) Le richieste devono pervenire a detto Ufficio, in via ordinaria, per lo meno tre giorni prima dell'inizio del servizio di supplenza.

4) Le richieste devono essere fatte ordinariamente per supplenze della durata non inferiore ai 10 giorni.

5) Le Amministrazioni Comunali che si rivolgono all'Ufficio di Collocamento per avere supplenti o interini dovranno dare le seguenti notizie sulla condotta medica:

Viabilità-Numero degli abitanti e numero dei poveri - Se il medico titolare ha contratti a *forfait* per tutto l'anno o per 11 mesi - Se in quel momento esistono epidemie.

6) Il medico all'atto della richiesta dovrà fornire i seguenti dati: Età - Data di laurea - Servizi precedenti in Ospedali o in condotte - Se è socio dell'A. N. M. C. e in quale Ordine dei Medici è iscritto.

CONCORSI A PREMIO.

Concorso per piante medicinali ed aromatiche.

L'Associazione italiana Pro Piante Medicinali ha bandito nel 1923, sotto gli auspici del Ministero d'Agricoltura, un concorso fra raccoglitori e coltivatori di piante medicinali ed aromatiche, i quali non solo estendano la coltivazione e la raccolta delle piante medicinali ed aromatiche, ma abbiano rivolto speciali cure alla loro essiccazione, alla preparazione dei prodotti ed al confezionamento commerciale dei prodotti stessi già essiccati. L'Associazione dispone di due medaglie d'oro e medaglie d'argento e di bronzo e diplomi di benemerenza.

La domanda per l'ammissione al concorso deve pervenire all'Associazione Italiana Pro Piante Medicinali (Milano, Corso Venezia, 22) non più tardi del 31 maggio p. v. e contenere notizie precise intorno al programma che il concorrente si propone di svolgere. Chiusura del concorso 31 dic. p. v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Antonio Grossich, ora rivestito della dignità senatoriale, è ben noto al pubblico medico mondiale, grazie al suo metodo di antisepsi cutanea pre-operatoria, adottato correntemente in tutte le sale operatorie e che reca il suo nome.

È anche uno dei più abili e reputati chirurghi dei nostri tempi.

Le ultime vicende politiche ne hanno fatto rifulgere le alte virtù di patriottismo fervido e operoso. Egli era stato sempre alla testa del partito italiano a Fiume; durante la guerra venne internato; fu a capo della città durante la riscossa; secondò e fiancheggiò l'impresa di D'Annunzio con i consigli della sua saggezza e della sua esperienza; non ha mai perduto la fede nella ineluttabilità dei destini italiani della città e l'ha saputa trasfondere nella cittadinanza ed in tutti gl'italiani.

Il prof. G. Mingazzini è stato nominato ad unanimità socio corrispondente dell'Accademia medico-chirurgica di Stoccolma.

Il «Museo Social Argentino» di Buenos Ayres ha conferito al prof. E. Levi, direttore dell'Istituto Italiano di Previdenza e Assistenza sociale, il titolo di membro corrispondente «in riconoscimento degli eminenti servigi prestati alla causa del miglioramento sociale ed economico d'Italia, e come pegno di reciproca amicizia tra quell'Istituto e le similari Associazioni italiane».

Hanno conseguito la libera docenza: il prof. Vittorio Puntoni in igiene a Roma; il dott. Domenico Gioia di Brescia in clinica ostetrica a Pisa.

Il dott. Eugenio Polzoni di Collevecchio (Perugia) è nominato commendatore della Corona d'Italia per meriti professionali e speciali benemerenze.

È stata concessa la medaglia di bronzo al merito della Sanità ai dottori: Roberto Russitano da Ravenna; Amato Amati da Isola della Scala (Verona): Antonio Russello da Licata (Girgenti).

NOTIZIE DIVERSE.

Il nostro giornale premiato.

La Casa Editrice del *Policlinico* ha partecipato alla grandiosa Esposizione Internazionale organizzata dal Governo Brasiliano a Rio de Janeiro.

La collezione del periodico e delle opere pubblicata dalla Casa figurava nella splendida « Sala del Libro Italiano », dovuta alla coraggiosa iniziativa dell'« Anonima Libraria Italiana » di Torino.

Ora viene comunicato alla nostra Amministrazione che le è stata assegnata la massima onorificenza: la *medaglia d'oro* (« Diario Official », 1 e 20 febbraio u. s.).

« La Patria degli Italiani » del 25 febbraio u. s.. riporta i lusinghieri giudizi espressi da competenti sulla riuscita della mostra.

Esposizione interalleata dei lavori degli invalidi della guerra a Gand.

Con l'intervento dei Reali del Belgio si è solennemente inaugurata a Gand l'Esposizione dei lavori degli Invalidi.

La Sezione Italiana con i reparti destinati all'organizzazione delle Opere d'Assistenza degli Invalidi, alla protesi, ed in modo speciale al lavoro in azione dei Ciechi di Guerra, occupa ben cinque reparti della Mostra.

I Sovrani del Belgio si sono lungamente e vivamente interessati nell'osservare i nostri Ciechi al lavoro e gli apparecchi speciali ideati dalla geniale iniziativa Italiana per agevolare la ripresa del massimo possibile dell'attività lavorativa da parte dei minorati di guerra.

Associazione Italiana per l'Igiene.

Come abbiamo annunziato, terrà il II Congresso Nazionale a Venezia dal 24 al 29 giugno. Verranno svolti i temi seguenti:

Prof. A. Sclavo (Firenze): *Per un più valido impulso all'Igiene nazionale;* prof. P. Canalis (Genova): *La preparazione dei Medici igienisti;* professor O. Casagrandi (Padova): *L'Opera di propaganda degli Uffici d'Igiene nei suoi rapporti con l'organizzazione igienica nazionale;* prof. A. Di Vestea (Pisa): *Programma circa la integrazione igienica della preparazione pedagogica degli Insegnanti elementari e secondari;* prof. T. Gualdi (Roma): *Il reclutamento e la preparazione degli agenti subalterni di polizia sanitaria;* prof. F. Abba (Torino): *Il coordinamento delle Opere Pie;* ing. M. Grablovitz (Trieste): *L'igiene ferroviaria.*

Al Congresso parteciperanno ufficialmente la Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, presieduta dall'on. dott. R. Paolucci (Roma) e l'Associazione Italiana per l'Igiene della Scuola, presieduta dal prof. M. Ragazzi (Genova).

Al Congresso sarà annessa un'Esposizione. Sono preannunziati festeggiamenti, gite e visite. Avrà anche luogo il conferimento dei premi per i concorsi nazionali banditi.

Quota d'iscrizione L. 20 per i congressisti; L. 10 per i familiari.

Per informazioni rivolgersi al Segretario dott. G. Palomba, via Vittorio Veneto, n. 96, Roma (25).

Per la protezione sociale dei lavoratori.

Nella sede della Cassa Nazionale Infortuni, in Roma, si è riunita la prima Assemblea della Sezione Italiana delle Associazioni Internazionali per la protezione legale dei lavoratori, per la disoccupazione involontaria e per le assicurazioni sociali.

Alla riunione, che è riuscita numerosissima, hanno partecipato i rappresentanti delle principali organizzazioni padronali ed operaie delle diverse tendenze e molti dei più autorevoli competenti e studiosi di previdenza ed assistenza sociale.

Dopo un vibrante saluto del presidente del Comitato direttivo provvisorio, sen. Ferrero Di Cambiano, il quale ha riassunto la storia e le benemerenze delle tre Associazioni Internazionali e le ragioni che hanno portato alla costituzione di un'unica Sezione Italiana che tutte le rappresenti, si è proceduto ad un esauriente esame dello Statuto che è stato approvato all'unanimità.

Si è addivenuti alla nomina del Comitato direttivo.

I padiglioni di profilassi antitubercolare ad Olgiate Olona.

Alla presenza del Re, del presidente del Consiglio, del card. Tosi e di altissime personalità dello Stato, del Comune e della Provincia, venne deposta la prima pietra di un nuovo padiglione dell'*Istituto di profilassi antitubercolare* di Milano, ad Olgiate Olona.

Il padiglione porterà il nome della regina Elena. Un altro padiglione verrà dedicato a Edda Mussolini, figlia del presidente del Consiglio.

La scuola di Puericoltura a Milano.

È stata inaugurata a Milano la Scuola di Puericoltura, con l'intervento delle autorità e di molto pubblico. Oratore ufficiale fu il prof. Cesare Cattaneo.

Dispensario antitubercolare per bambini.

Il 21 aprile ha iniziato il suo funzionamento presso la R. Clinica Pediatrica di Roma, diretta dal prof. Giuseppe Caronia, uno speciale dispensario per la cura e la profilassi della tubercolosi nell'infanzia. Esso è aperto due volte la settimana, il martedì ed il sabato, alle ore 15, ed è assolutamente gratuito.

I bambini ammalati o predisposti prima di essere ammessi alla cura debbono passare la visita presso l'ambulatorio generale della stessa clinica, che è aperto tutti i giorni, meno i festivi, dalle 8 alle 10, e che è anche esso assolutamente gratuito.

Per le Cliniche di Siena.

Il Monte dei Paschi di Siena ha assegnato lire 50,000 all'Ospedale di S. Marco della Scala, perchè siano migliorati e riordinati i locali delle Cliniche, nell'interesse dei malati e dell'insegnamento.

Donazioni e legati.

Il cav. uff. Antonio Sciaccaluga, che fu assessore comunale e presidente della Congregazione di Carità a Genova, ha lasciato L. 500,000 alla Congregazione di Carità e L. 100,000 all'Albergo dei poveri di quella città, nette da tassa di successione.

Il dott. Mario Costa di Genova ha legato alla Congregazione di Carità di Torriglia una rendita annua di L. 3000, perchè sia devoluta ad un medico, libero professionista, che si recasse in quel Comune ad esercitare. Fino ad ora tuttavia sembra che volgano al termine gli incombenti di tale benefica fondazione.

La soppressione del laboratorio batteriologico di Zara?

Esiste a Zara, la fedele e desolata sentinella d'italianità sull'altra sponda, un laboratorio batteriologico che l'Austria aveva montato con vero lusso e con intonazione prettamente croata; di esso fu direttore per un certo tempo il consigliere aulico prof. Gohn. Finita la guerra, il laboratorio venne rimesso in funzione dall'Italia e si dimostrò molto utile per tutta la regione tanto lontana da grandi centri. Ci giunge ora voce che si intenda sopprimerlo. Ci sembra che l'economia che si raggiungerebbe in tal modo (non più di 25,000 lire annue tutto compreso) sia male intesa; Zara è in continuo contatto con i porti orientali, fomite permanente di epidemie, ed è il primo porto italiano toccato dalle navi che provengono dall'Oriente; è del tutto isolata, ad otto ore di mare da Ancona, a 14 da Trieste, quando le sciroccate o la bora non interrompono le comunicazioni; vi è in progetto un servizio giornaliero di aeronave con Ancona, soggetto ancor di più alle vicissitudini del tempo e ben dispendioso. Ragioni di pubblica salute per la penisola e per la nobile Zara militano dunque per la conservazione del laboratorio e ci auguriamo che le voci sparse abbiano presto un'autorevole smentita.

Una cattedra che non trova titolare.

La cattedra di chimica generale di Vienna è vacante da due anni. Quattro noti chimici tedeschi successivamente interpellati hanno declinato l'incarico, sia per le difficili condizioni della vita a Vienna, sia per l'insufficienza dei mezzi messi a disposizione della cattedra dal Senato accademico.

Gli studenti di Medicina a Parigi.

Nel 1922 sono stati 4639, di cui 738 donne, con una diminuzione, rispetto al 1921, di 247, di cui 113 stranieri.

Sul certificato medico prematrimoniale.

Una riunione di medici milanesi, tenuta il 19 c. m. presso la R. Società Italiana d'Igiene per discutere questo tema, riuscì numerosissima. Alle applaudite relazioni dei proff. Pasini e Patellani seguì ampia discussione, e fu approvato all'unanimità il seguente ordine del giorno, a firma Pasini, Patellani e Daccò:

«Il Corpo medico milanese, raccolto in assemblea dalla Reale Società Italiana d'Igiene di Milano, dopo matura discussione, approva la istituzione del certificato medico prematrimoniale come semplice informativa eugenetica ai fidanzati, delle reciproche condizioni di salute, e come mezzo di propaganda per un miglioramento della coscienza igienica popolare, non come provvedimento di legge dal quale debba dipendere la concessione, da parte dell'autorità, al matrimonio».

La lotta contro l'alcoolismo in Turchia..

Il Corano vieta il consumo dell'alcool; ma i popoli cristiani lo hanno introdotto e sempre più diffuso in Turchia; vi ha contribuito in specie l'occupazione interalleata di Costantinopoli. Il Governo di Angora ha comminato pene severe contro il consumo di alcool nella Turchia asiatica e col 1° marzo le misure repressive sono state estese alla Turchia europea.

La peste nell'India.

Nonostante un'attivissima campagna topicida, la peste infierisce nelle Indie: 50 mila casi si sono verificati nel corso di sei settimane. Le cifre ufficiali danno per le Indie inglesi 39,307 casi con 30,923 morti dal 1° gennaio al 17 febbraio di quest'anno.

Nel 1922 si erano avuti 77,855 casi con 59,621 morti.

Incendio di un Manicomio.

A New York un incendio ha distrutto un'intera ala del Manicomio di Wards Islands. Sono rimasti bruciati vivi ventidue ricoverati e tre infermiere.

Un Martire della scienza.

Il radiologo francese prof. Clares Vaillante, vittima della scienza, dovette subire l'amputazione d'ambedue le braccia. Ora si apprende che, munito di ottimo apparecchio di protesi, ha potuto firmare l'Albo d'oro presso il Municipio di Parigi, essendo stato insignito della Commenda della Legion d'onore.

Dimostrazione contro un medico.

A Soave è stato nominato direttore dell'Ospedale Civile il dott. Indelli, ma la popolazione, che riteneva uscisse vittorioso nel concorso il medico che da oltre un anno presta servizio nell'Ospedale stesso, ha fatto una dimostrazione di protesta contro il dott. Indelli impedendogli di entrare nell'Ospedale: egli ha subito abbandonato il paese, e il Sindaco e vari Consiglieri si sono dimessi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 13 gen. — J. A. SICARD. Nuove applicazioni dell'alcoolizzazione locale.

Wien. Klin. Wochens., 18 gen. — R. VOLK. La roentgenterapia della tubercolosi cutanea.

Journal Americ. Med. Assoc., 6 gen. — J. M. DODSON. La medicina preventiva e il pratico generale. — H. G. WETHERILL. Chirurgia della tbc.

Rev. Méd. del Uruguay, dic. — A. SARUO. Distribuzione radicolare dei disturbi sensitivi conseguenti a lesioni corticali.

Paris Méd., 20 gen. — Numero sulle malattie dell'apparecchio respiratorio.

Brit. Med. Journ., 13 gen. — G. HOLMES. Alcune manifestazioni cliniche della tabe dorsale. — J. A. MAC WILLIAM e W. J. WEBSTER. Alcune applicazioni della fisiologia alla medicina.

Gaz. d. Hôp., 20 gen. — E. BERNARD. I disturbi respiratori nell'encefalite let.

Journ. de Méd. de Paris, 2 gen. — P. HARTENBERG. Le neurosi «fiscali».

Boston Med. a. Surg. Journ., 4 genn. — W. R. WOODBURG. I progressi del movimento pro igiene orale.

Americ. Med., dic. — A. H. WRIGHT. La prevenzione del cancro. — S. M. FREE. Il sentimento nella vita del medico.

Deut. Med. Wochens., 26 genn. — SCHLAYER. L'esame della funzionalità renale. — E. SCHWARZ. L'origine del cancro. — J. A. COLLAZO. Avitaminosi e digiuno.

Wien. Klin. Wochens., 25 gen. — R. MEYER. Concezione causale e teleologica in patologia.

Rev. d. Circ. Méd. Argent., ott. — J. L. HERRERA. Istopatologia della sifilide

Riv. Ospedal., 15-31 dic. — A. NATALI. Durata massima dell'apnea volontaria.

British. Med. Journ., 27 gen. — J. THOMSON-WALKER. Problemi della prostatectomia.

Gaz. d. Hôp., 27 gen. — J. JEANNENEY. Gli ipotesi in chirurgia.

Journal Americ. Med. Assoc., 13 gen. — L. HEKTOEN. Scarlattina sperimentale nell'uomo. — L. GOMPERTZ e M. G. VORHAUS. Il bacillo acidofilo in batteriologia e in clinica.

Riforma Med., 20 gen. - U. BACCARANI. La febbricola tubercolare da pleurite latente.

New York St. Journ. of Med., gen. — H. A. COTTIN. Trattamento e profilassi dei disordini mentali da tossi-infezioni.

Quarterly Journ. of Medic., gen. — J. W. RUSSELL. L'albuminuria ortostatica studiata graficamente. — D. HUNTER. I pasti di prova frazionati nello studio della funzione gastrica. — A. V. HILL e H. LUPTON. Esercizio muscolare, acido lattico e utilizzazione dell'ossigeno.

Archivi.

Stomatologia, dic. — G. GRANDI. Complicazioni e pericoli sulla pratica dell'anestesia locale e precauzioni necessarie.

Americ. Journ. Med. Sciences, gen. — J. L. YATES. Effetti del pneumotorace acuto e cronico. — J. FRIEDENWALD e K. H. TANNENBAUM. Aneurisma dell'arteria epatica. - J. A. CAPPS. Trattamento arsenicale dell'endocardite cronica infettiva. — J. ROGERS. Neurosi chirurgiche della glandola tiroide.

Giorn. di Clin. Med., 20 gen. — E. GIONI. Asma bronchiale anafilattico. — G. MODENA. Neurastenia, neurosi di ansia e secrezioni interne.

Archives of Med., Hydrology, gen. — H. R. PINILLA. Cardiopatie e crenoterapia. — A. MONGEOT. Potere antianafilattico delle acque minerali. — W. EDGECOMTE. Balneoterapia ed ipertensione.

Indice alfabetico per materie.

Appendicectomia: incidenti . . . . *Pag.* 602
Autofagia e automutilazioni in paralitici ed epilettici . . . . » 594
Bibliografia . . . . » 601
Cefalalgie da affezioni oculari . . . » 605
Cisti di echinococco del polmone: semeiologia fisica . . . . » 597
Colonna vertebrale: cause di errore dell'esame radiologico e mezzi per evitarle . . . . » 585
Concorsi: questioni medico-legali . . . » 610
Cronaca del movimento professionale . . » 611
Gonorrea: valore del trattamento interno » 600
Impiegati degli Enti locali: provvedimenti eccezionali . . . » 608
Liquor: circolazione . . . . *Pag.* 606
Longevità e felicità . . . . » 607
Occhio: pronto soccorso nelle lesioni dell'— . . . . » 606
Opere antitubercolari: per le . . . » 610
Peritonite acuta purulenta diffusa: guarigione mediante iniezioni endoperitoneali di etere solforico . . . . » 590
Purganti: azione dannosa . . . . » 602
Sistema nervoso vegetativo e individualità . . . . » 598
Stomaco: funzioni e reazioni osservate ai raggi X . . . . » 605
Talassoterapia: Congresso internazionale » 601
Tracoma: difesa sociale contro il — . . » 595

Roma, 1923 – Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 14 maggio 1923 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Riviste sintetiche: B. Masci: La diagnosi di cisti idatidea del lobo superiore del polmone.
Osservazioni cliniche: E. Sartorelli: Sopra un caso di adiposi postencefalitica.
Note e contributi: M. Borgogno: La terapia calcica nella tubercolosi.
Note di tecnica: G. Galli: Un pratico rivestimento del manicotto per la pressione sanguigna.
Divagazioni: W. Fricke: L'esperanto ed i medici.
Sunti e Rassegne: TIROIDE: G. Murray: Sul gozzo esoftalmico. — Berard e Dunet: Esiste un gozzo metastatico? — Santy e Bizot: L'anestesia regionale nell'operazione sul corpo tiroide.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: Resoconto del XVI Congresso della Società Freniatica Italiana.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sifilografia: Un caso di febbre sifilitica essenziale. — Contributo allo studio della sifilide nervosa. — Cura di alcune manifestazioni viscerali della sifilide. — Caso raro di lue surrenale — MEDICINA SOCIALE: Gli asili industriali.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Il nuovo regolamento per le scuole di ostetricia. — Disposizioni per il personale alienistico dei manicomi giudiziari. — Nuove disposizioni circa la corresponsione delle indennità caroviveri. — Per una più rigorosa disciplina dell'esercizio professionale degli stranieri in Italia. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Concorsi — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I DI ROMA
(Padiglione VIII).

La diagnosi di cisti idatidea del lobo superiore del polmone

per il dott. BERNARDINO MASCI,
aiuto e docente.

Il metodo per procedere alla diagnosi di cisti idatidea del lobo superiore del polmone non differisce affatto da quello abitualmente seguito nella diagnostica comune generale. Sull'anamnesi, sull'osservazione, esame e descrizione del reperto, sullo schema del complesso sintomatologico rilevato, sulla rassegna di tutte le forme di malattie polmonari ed extrapolmonari che presentano un tale complesso di sintomi, sulla diagnosi differenziale riposa il metodo tipico, induttivo, analitico, che noi dobbiamo sempre usare per giungere alla esatta diagnosi. La medicina, come giustamente dice Maragliano, in ogni sua parte è scienza positiva e il medico deve apprendere e sapere valutare l'organismo non in via di intuizione ma per mezzo di investigazioni dimostrative con una semeiologia tutta nuova, per cui la soluzione del problema scaturisce da investigazioni fatte con perizia tecnica, interpretate e collegate nei loro risultati con criterio scientifico.

Succede talvolta, anche ad un esperto clinico, di trovarsi dinanzi a casi, nei quali, neppure con la più accurata analisi di tutti i sintomi, è possibile fare un'esatta diagnosi: essi non si lasciano costringere sul letto di Procuste di qualsivoglia tipo clinico. Ma questi casi, per fortuna, sono estremamente rari; e ai giorni nostri, con i numerosi procedimenti d'indagine clinica e di diagnostica che possediamo, il riconoscimento della cisti idatidea del polmone deve avvenire con maggiore facilità di quello che abitualmente accade, tanto più che l'esperienza ha dimostrato che la sua frequenza è di gran lunga superiore a quanto si credeva anche in tempi relativamente recenti. L'affermazione dello Strümpell che in Italia si riscontri molto raramente un caso di cisti idatidea del polmone è oramai sorpassata e perciò destituita di ogni valore. Basti dire che io, nella mia modestissima pratica, nello spazio di soli tre anni, ho avuto la fortuna di vedere quattro casi di cisti degli apici, due delle basi ed una forma multipla.

Il processo morboso fino ad oggi, per l'iden-

tità dei sintomi subiettivi e obiettivi, è stato quasi costantemente confuso con altre affezioni dell'apparato respiratorio ed in special modo con la tubercolosi, forse per una suggestione derivante dall'enorme diffusione di questa malattia. Abbiamo visto così artificiosamente aumentata, con l'inclusione degli innocui portatori di cisti polmonare considerandoli alla stessa stregua, la triste falange di quei disgraziati che, altamente pericolosi per la convivenza sociale, sono giustamente temuti, isolati e diseredati perfino degli affetti più intimi. Per cui io penso, a scanso di equivoci diagnostici, che, come nel campo neurologico la diagnosi di nevrastenia deve porsi solo quando si è eliminata, con una accurata indagine clinica, la presenza di tutte quelle malattie organiche che si possono nascondere dietro il caleidoscopico quadro nevrastenico, così nel caso in ispecie, prima di giungere alla diagnosi di tubercolosi, e quindi alla condanna quasi fatale del malato e al suo avvilimento morale, si dovrebbero escludere le altre malattie, in gran parte curabili, che con la tubercolosi possono essere scambiate per la grande affinità di sintomi.

L'anamnesi, in ogni caso, dev'essere raccolta e vagliata con molta cura.

Il genere di professione, la *vita in comune con i cani* possono avere la loro importanza; ma spessissimo si trovano malati che non hanno avuto mai contatto con simili bestie. Se questo contatto vi è stato, bisogna vedere se vi sia corrispondenza fra l'epoca in cui si è cominciato a verificare e l'età approssimativa della cisti. È generalmente ammesso che fra la data di fissazione dell'embrione esacanto nel polmone e la prima manifestazione sintomatica passa un *minimum* di un anno e mezzo o di due anni (Leuckart, Escudero): dopo questo periodo di latenza l'accrescimento prosegue lentissimo, per modo che si richiedono degli anni prima che la cisti raggiunga, per esempio, la grandezza di un'arancia. Dirò a proposito che una volta vidi sacrificato, per rintracciare la fonte del contagio, un povero cane che da solo otto mesi era stato ospitato in casa di una ragazza portatrice di una cisti polmonare grande quanto una testa di feto. È evidente che la cisti doveva avere parecchi anni di vita e che la bestia immolata a scopo di studio nei nostri ospedali non poteva essere responsabile del contagio: e infatti nel suo intestino non si trovarono altro che numerosi esemplari di *dipylidium caninum*.

Il segno funzionale più costante, cioè la *tosse*, illumina ben poco. Essa è stizzosa e secca, intermittente o costante, presenta i caratteri della tosse polmonare, è breve, interrotta da scosse come accade all'inizio della bacillosi, e dipende dall'irritazione delle branche nervose inspiratorie. La sua persistenza produce l'irritazione meccanica dei bronchi, per cui le succede progressivamente una tosse bronchiale espiratoria, prolungata e rumorosa.

Nel medesimo tempo compare *l'espettorazione*: l'escreato ordinariamente è mucoso, attaccaticcio, qualche volta muco-purulento; nel qual caso, persistendo abbondante e al di là degli altri segni bronchitici, deve far temere la infezione perivescicolare.

Molto frequenti e più importanti sono le *emottisi*, che, come dice Dieulafoy, rappresentano il grido di rivolta del polmone dinanzi all'invasore, e, come ha dimostrato Escudero, dipendono dalla facile lacerazione, sotto gli stizzosi colpi di tosse, delle numerose corone vascolari di neoformazione pericistiche. Esse sono per lo più precoci, più di rado tardive, di intensità varia, dalla semplice striatura sanguigna degli sputi mucosi all'emissione a piena bocca di grande quantità di sangue puro. In ogni caso questo è recente e rutilante. La espettorazione emoptoica persistente e ripetuta, ribelle ad ogni trattamento, costituisce un eccellente segno di cisti di echinococco. Infatti, per differenziare le emottisi da echinococco da quelle tubercolari ha importanza oltre la assenza di bacilli di Koch nell'espettorato e di sintomi ascoltatorii nelle prime, il fatto che esse si ripetono con una frequenza ed una tenacia veramente esasperanti. Finsen dice che in Islanda si può fondare quasi con sicurezza la diagnosi di echinococcosi polmonare sulla presenza di sangue nell'escreato.

In ogni caso bisogna indagare accuratamente, sia richiamandovi l'attenzione dell'infermo, sia esaminando ripetutamente l'espettorato, se siano state mai *emesse* insieme con questo delle *vescicole* o dei *pezzi di membrane*. Due miei infermi, solo dietro richiesta se avessero emesso vescicole o frammenti di membrane paragonabili alla chiara d'uovo coagulata, mi risposero di avere più volte eliminato tali « pellette » con lo sputo. Simile dichiarazione è di capitale importanza, poichè orienta senz'altro il pensiero verso l'echinococcosi e quindi induce a compiere le ricerche necessarie per confermare una tale supposizione diagnostica.

Si è attribuito in ogni tempo un valore sintomatologico di primo ordine all'*orticaria*; ma bisogna notare che questo sintoma non è nè costante nè patognomonico. È eccezionale, infatti, che l'orticaria compaia durante l'inte-

grità della vescicola idatidea. Se si produce la rottura, ed è generalmente l'espettorazione che ne fa fede, l'eruzione orticata può *d'emblée* generalizzarsi, come pure restare localizzata al torace o anche alla faccia con edema. Nessuno dei miei quattro malati vi andò soggetto, neppure i due che avevano la cisti madre rotta e di tanto in tanto eliminavano con lo espettorato delle vescicole figlie.

Poichè le cisti del polmone hanno pareti sottili e, giunte ad un certo volume, hanno tendenza a rompersi in conseguenza delle variazioni di pressione dell'aria respiratoria, di scosse, di tosse o di traumatismo, ed avvenendo la rottura generalmente nei bronchi, bisogna sempre indagare se vi siano stati i noti sintomi della grande *vomica idatidea polmonare*. La sintomatologia tumultuosa che l'accompagna, alle volte a carattere così drammatico, è infatti a tutti nota.

Il *dolore* o manca o è moderato, ridotto ad una semplice sensazione di pesantezza molto vagamente localizzata: può simulare un dolore puntorio pleuritico o una nevralgia intercostale. Sono sopratutto le cisti periferiche che, per effetto della loro situazione, provocano il dolore intenso e tenace, in generale superficiale, simulante il tipo di nevralgia intercostale ribelle. Ad un'attenta osservazione non manca di rilevare anche determinazioni pleuriche febbrili e dolorose (pleuriti a ripetizione di Marconnet).

La *dispnea*, che Héarn e Davaine consideravano come costante, manca in realtà in molti casi, almeno in principio, e quando esiste la sua intensità è assai variabile. Non è certamente questione di ortopnea, ma l'affanno dei malati è comparabile a quello delle cloroanemiche, manifestantesi in occasione di uno sforzo, di una corsa, che non lo provocherebbero in condizioni normali (Escudero). La dispnea viva è determinata nella maggior parte dei casi dalla sinfisi pleurica che succede alle grandi cisti.

Alcuni autori parlano anche di una *sensazione di profonda depressione* che contrasta con l'aspetto piuttosto florido del malato: anche a me fu dato di riscontrarla assai accentuata in un'inferma dalla cui espressione dolorante del volto e dagli accenti pieni di profonda malinconia traspariva tutto l'intimo abbattimento dell'animo.

Passando, quindi, all'*esame del malato*, noteremo prima di ogni altro che *lo stato generale di nutrizione e sanguificazione contrasta singolarmente con i diversi sintomi funzionali* su-accennati. Eccezionalmente esso si trova compromesso, il dimagramento non è marcato, e qualche giorno dopo l'emottisi ogni traccia di temperatura vespertina, se vi era stata, scompare.

È evidentemente necessario di praticare l'esame in piena luce, con il torace del malato messo completamente a nudo.

Poichè le *cisti apicali hanno tendenza ad evolvere dal lato anteriore*, è sulle fosse sopra- e sottoclavicolari che bisogna sopratutto portare l'attenzione.

L'*edema* della parete con sviluppo di un *reticolo venoso superficiale* non si osserva che eccezionalissimamente, in caso di cisti antiche e suppurate.

Ogni deformazione circoscritta con allargamento degli spazi intercostali dovrà risvegliare l'attenzione: potremo specialmente in un soggetto giovane, cioè a pareti toraciche più cedevoli, notare la *prominenza della regione sottoclavicolare*, come risulta dal raffronto con la regione omonima opposta che rimane spianata. Si sa che la cisti, nel suo accrescimento, ha una notevole forza tensiva, per cui riesce sempre ad imprimere, quando ha raggiunto uno sviluppo cospicuo, modificazioni nel senso espansivo alla gabbia toracica.

Mancano le *atrofie muscolari*. Non esistono quasi mai *punti dolorosi*.

Le *modificazioni del ritmo respiratorio* dovranno ugualmente essere ricercate con cura, sebbene per le cisti apicali siano meno intense che per le basali. difetto di ampiezza dell'emitorace malato, talora immobilità allorchè la sinfisi pleurica è diffusa, accelerazione del ritmo nelle grandi cisti.

La *palpazione* non dà in generale grandi lumi. Si nota solamente l'*abolizione del fremito vocale tattile* nel centro della tumefazione; verso la periferia esso ricompare ma è debole; riacquista l'intensità normale in pieno tessuto polmonare. Si può inoltre notare che la parte interessata dell'emitorace è dura, resistente, anelastica; non vi si riscontra alcuna pulsazione.

Non bisogna contare di ottenere il *fremito idatideo*, finora mai riscontrato, per quel ch'io sappia, sulle cisti polmonari apicali. Sappiamo poi che il suo valore patognomonico per l'idatide è caduto da che lo si è riscontrato in altre circostanze (idronefrosi, cisti ovariche e sierose, vescica distesa da urina e sangue, ecc.): noi, per esempio, l'abbiamo constatato in un caso di peritonite tubercolare saccata e in un voluminoso ventre ascitico per morbo di Pick.

La *percussione* costituisce sicuramente uno dei processi d'investigazione più preziosi. E

necessario tuttavia rettificare un po' le idee ammesse comunemente su questo punto. Per i classici, infatti, si otterrebbe un'ottusità franca, a margini netti, arrotondata, che passa bruscamente, con netta delimitazione, nella sonorità polmonare periferica, e di cui i limiti sarebbero sempre immobili.

Escudero ha dimostrato che i risultati della percussione sono abbastanza differenti e che conviene di interpretarli. Allorchè il verme vescicolare è piccolo, quanto una noce per esempio, e resta profondamente situato nel lobo apicale, non si manifesta ancora con modificazioni percussorie, ma parla con una sintomatologia frusta, unicamente funzionale. Se il volume è più grande, come un mandarino per esempio, ma dista 5 cm. o più dalla parete toracica, pur rimanendo centrale, ad una percussione leggera non si ottengono differenze fonetiche, mentre ad una percussione forte si avverte spiccata una sub-ottusità. Se la cisti è abbastanza grande, venendo a toccare la parete costale anteriormente, verso cui ha tendenza ad evolvere, dà una zona ottusa sottoclavicolare, arrotondata e convessa in basso; e poichè il più delle volte una zona di atelettasia polmonare sopravescicolare impedisce di riottenere la sonorità all'estremo apicale, si ha ottusità apicale completa. È raro però che si ottenga una transizione brusca dalla sonorità all'ottusità: possono fare eccezione le cisti molto voluminose.

Carducci ci ha abituati ad una finezza di semeiologia, che è molto frequente riscontrare nelle cisti apicali. Egli (1) così si esprime: « La cisti, sviluppatasi nell'interno del polmone, quando giunge a toccare la parete toracica, riproduce nei suoi rapporti con il polmone qualche cosa di simile di quello che fa il cuore nei rapporti con il polmone stesso. Infatti, essendo la cisti un corpo rotondeggiante, mentre per un tratto circolare più o meno esteso è in contatto diretto con la parete costale, intorno intorno ne è separata da uno strato che va aumentando di spessore man mano che dal centro si va verso la periferia; quindi, se noi vogliamo riportare sulla cute toracica corrispondente la zona di cisti ricoperta dal polmone e la zona scoperta, si hanno due aree concentriche, di cui l'interna più piccola corrisponde alla parte di cisti scoperta, e l'esterna più grande corrisponde alla parte di cisti coperta dal polmone, ed adoperando la nomenclatura cardiaca abbiamo una piccola area ed una grande area.

Queste due aree anatomiche si possono determinare semeioticamente, perchè se noi percuotiamo piano troveremo un suono ottuso circolare che è la piccola area, perchè su di essa manca affatto il polmone; se percuotiamo forte abbiamo una zona circolare ridotta che è la grande area, perchè in detta zona vi sono polmone e cisti. Quindi alla piccola area corrisponde un'area di ottusità assoluta da determinare con la percussione leggiera, alla grande area una zona di ottusità relativa da determinarsi con la percussione forte ».

I dati fisici raccolti con la percussione possono subire profonde modificazioni in rapporto sia con i modi evolutivi dell'idatide, sia con eventuali alterazioni della zona polmonare circostante.

La degenerazione grassosa o calcarea, osservata abbastanza comunemente negli ovini e nei bovini, è stata constatata eccezionalmente nell'uomo: ad ogni modo essa non modifica in genere la forma dell'ottusità, ma la rimpicciolisce e porta alla guarigione clinica del morbo.

La rottura della vescicola dei bronchi, rivelata dalla grande vomica idatidea con tutti i gravi disturbi connessi, o, più raramente, dall'espettorazione idatidea frazionata, può far subire una profonda modificazione alla zona di ottusità in modo da alterarne completamente l'aspetto caratteristico. In un mio caso essa aveva una forma rettangolare, con il maggior asse disposto trasversalmente e un po' obliquamente dall'esterno all'interno, in modo da simulare, anche per l'ubicazione nella fossa sottoclavicolare, una interlobite.

La suppurazione dello spazio perivescicolare, con o senza diffusione al sottostante interlobo; l'infezione del parenchima circostante, con produzione di una polmonite bastarda o di una broncopolmonite; l'atelectasia apicale sintomatica di una reazione infiammatoria di vicinanza, sono altrettante cause che possono indurre svariate alterazioni morfologiche al reperto percussorio.

Quando in un polmone si suppone la presenza del parassita bisogna procedere ad una minuta *ascoltazione*. Poichè il verme vescicolare ha un accrescimento lentissimo, tale da permettere al polmone di adattarsi alla presenza dell'ospite, e poichè si sviluppa non riempiendo gli alveoli ma sostituendosi ad essi, si comprende che se esso è piccolo e centrale si può avere un murmure vescicolare perfettamente normale senza che sia accompagnato da alcun rumore accessorio. Valga come

---

(1) A. CARDUCCI. *Note di semeiologia fisica sulle cisti di echinococco del polmone*. Riv. osped., vol. XII, n. 13, 15 luglio 1922.

regola che nell'assenza di ogni reperto percussorio e ascoltatorio, con la sintomatologia unicamente funzionale dianzi accennata, è alla cisti di echinococco che bisogna sopratutto pensare.

Se l'idatide ha raggiunto un certo volume ed affiora in superficie, per lo più domina un indebolimento del respiro; qualche volta questo è accompagnato da sfregamenti dovuti ad una pleurite secca reattiva concomitante. Se le superfici pleuriche si sono saldate fra loro, su tutta la superficie di affioramento della cisti si può avere mutezza respiratoria.

Si comprende benissimo che un tale reperto può subire delle modificazioni se il polmone circostante al verme vescicolare è in preda a processi patologici: si spiega così la presenza di ronchi, di rantoli fini da congestione, di soffio bronchiale. Qualche volta lo spazio perivescicolare è suppurante e la flogosi può guadagnare il vicino interlobo, dando luogo a una interlobite suppurata, oppure infettare il parenchima vicino, producendo una polmonite bastarda o una broncopolmonite con reperto di soffio bronchiale e rantoli crepitanti.

L'*esame microscopico dell'espettorato* rivela per lo più solamente la presenza di una flora microbica banale. È raro rinvenire scolici od uncini: io mai li ho visti nei miei casi. Se vengono emesse delle vescicole o dei brandelli di cisti, l'esame macro- e microscopico di essi ce li farà senz'altro riconoscere.

La *puntura esplorativa* a scopo diagnostico è assolutamente da bandirsi per timore dei gravi fenomeni anafilattici così frequentemente mortali. Sono noti i disastri ad essa conseguiti: il 60 % dei malati ha perduto miseramente la vita per colpa di questo apparentemente innocuo mezzo diagnostico. Senza dire che se la cisti è rotta e si è vuotata in parte o in tutto del contenuto, la puntura può riuscire perfettamente negativa.

Condividendo il pensiero di Groedel che un esame polmonare oggidì non è completo senza il *reperto radiologico*, riteniamo che la radioscopia è specialmente preziosa nella diagnosi di echinococcosi polmonare. All'infuori di ogni affezione intercorrente e del caso di suppurazione perivescicolare antica, l'esame radioscopico e la radiografia devono far porre od eliminare a colpo sicuro la diagnosi di cisti del polmone. L'ombra data da essa si proietta ordinariamente circolare e regolare, ovale o arrotondata, a contorni tracciati col compasso, secondo l'espressione classica, ad opacità franca ed uniforme che risalta in modo spiccato sul fondo chiaro polmonare. Per le cisti del lobo superiore può accadere che il limite inferiore offra contorni regolari e che quello superiore si confonda con l'ombra diffusa che proietta l'apice del polmone atelectasizzato. La speciale ubicazione apicale dispensa in genere, per la chiarezza della diagnosi, di ricorrere a speciali accorgimenti di tecnica, come al pneumotorace artificiale di recente applicazione, sul cui valore diagnostico non è facile pronunziarsi per ora.

Però non è a credere che l'immagine radiologica sia sempre chiara e la diagnosi perciò facile e sicura: spesso l'ombra data dalla cisti non è netta, non perfettamente rotonda, l'opacità non uniforme, i contorni sfumati, diffusi, irregolari per le reazioni vicine e le complicanze bronco-polmonari. Se poi la cisti è rotta e si è in parte o in tutto vuotata del contenuto l'ombra radioscopica non riveste più il tipico aspetto ma si presenta più o meno deformata, irregolare, irriconoscibile nella sua reale essenza. In un mio caso in cui, col solo esame fisico del torace sapendo del reperto negativo del bacillo di Koch nell'espettorato, posi a colpo sicuro la diagnosi di cisti idatidea del lobo superiore del polmone, il radiologo per ben due volte, fondandosi sull'aspetto rettangolare dell'ombra e sulla sua disposizione all'altezza e secondo la direzione della scissura interlobare, aveva insistito sulla diagnosi di interlobite suppurata.

Ancora un valido aiuto per la diagnosi ci viene dall'*esame morfologico del sangue* e dallo studio delle *reazioni biologiche*. Il valore del sintomo di Memmi, della reazione di Ghedini-Weinberg, della intradermoreazione alla Casoni, della sottocutaneoreazione alla Pontano, della precipitoreazione di Fleig e Lisbonne, della reazione meiostagminica dell'Ascoli è a tutti noto: queste ricerche collaterali, dirette a svelare speciali anticorpi applicando i metodi biologici diretti, non dovrebbero essere mai trascurate.

Onde possiamo bene a ragione concludere che la regola di Fränkel che vi sono soltanto due segni sicuri dell'echinococcosi polmonare, la comparsa cioè di cisti nell'espettorato e la particolare qualità del liquido ottenuto con la puntura esplorativa, oggi non vale più completamente, in quanto che abbiamo imparato a conoscere nell'esame clinico accurato del malato, nella radiografia, nell'esame morfologico e serologico del sangue dei metodi che spesso permettono di formulare la diagnosi con assoluta certezza. La più grande difficoltà, in presenza di un'idatide del polmone, è di pensarci; ma una volta messi sulla buona via, le

numerose ricerche complementari diagnostiche varranno sicuramente a far luce sulla reale natura del male.

La *tubercolosi* è la malattia che quasi costantemente devia il nostro pensiero dalla giusta diagnosi. Quando la cisti è centrale, le turbe funzionali orientano verso la tubercolosi allo stadio iniziale. Non vi è malato che non sia stato battezzato, almeno all'inizio del morbo, per tubercoloso e quindi assoggettato ad intensive cure ricostituenti e all'osservanza di intempestive regole igieniche. Ma di fronte ad uno stato generale buono, ad assenza di ogni ereditarietà, a costante mancanza di bacilli di Koch nell'espettorato, ad emottisi frequenti, tenaci e ribelli ad ogni trattamento, nell'assenza di ogni modificazione plessimetrica e, sopratutto, di ogni segno stetoscopico sugli apici, è all'idatide che bisogna pensare. Ho visto malati di simil genere affetti da più mesi da tosse, frequenti emottisi ed espettorazione muco-purulenta abbondante, senza che all'ascoltazione del torace, più volte ripetuta, si riuscisse a sentire il benchè minimo rumore accessorio della respirazione.

Più facile può riuscire la confusione di una vecchia caverna idatidea con una caverna tubercolare, tanto più che questa è quasi costantemente localizzata all'apice polmonare. Ma la caverna tubercolare non dà vomica: la anamnesi ci informerà se il malato ha avuto anteriormente emissione brusca dalla bocca di «acqua amara» insieme con membrane. Lépicard, riprendendo in esame le statistiche antiche e raccogliendo nuovi fatti moderni, arriva a concludere, contrariamente agli altri classici, che la vomica idatidea è seguita da guarigione — vera vomica curativa — nell'80 % dei casi. Ma allorchè la cavità è vasta, insufficientemente drenata dai bronchi di piccolo calibro, si può assistere all'infezione della caverna, la quale si manifesta in capo a qualche giorno per i caratteri dell'espettorazione divenuta purulenta, verdastra, fetida, sopratutto mattutina. I sintomi generali fanno la loro comparsa: annunziata da brivido, l'elevazione termica affetta il tipo etico; nello stesso tempo il malato dimagra, ha sudori notturni e inappetenza. Si può assistere all'evoluzione di una vera tisi idatidea, di cui parlava Dieulafoy. In questi rarissimi casi bisogna dunque tener sopratutto conto che nella caverna tubercolare non precede mai la vomica; inoltre l'infiltrazione del parenchima polmonare circostante non manca mai, il bacillo di Koch è sempre rinvenibile nell'espettorato.

Qualche volta può riuscire assai delicata la differenziazione di una cisti apicale da una *pleurite apicale a cappuccio*, forma di tubercolosi guarita. Questa è accompagnata tuttavia da atrofia muscolare; la sua delimitazione inferiore, con la percussione e con i raggi X, appare molto meno netta che per l'idatide.

Ben diverso è il comportamento dell'ottusità in una malattia, che viene spesso in diagnosi differenziale con l'echinococcosi, e cioè la pleurite saccata.

«Infatti, scrive Carducci, se noi pensiamo che una pleurite saccata dà riduzione circoscritta di suono con fremito indebolito o assente, se pensiamo ad una localizzazione superiore del processo, vediamo subito quanto difficile debba essere la diagnosi differenziale con la cisti. Ebbene, se in tal caso noi facciamo la percussione prima forte e poi piano, o non riusciremo a determinare che una sola area di ottusità, ovvero se ne determiniamo due, cioè una di ottusità alla percussione leggiera, ed una di ottusità alla percussione forte, troveremo un rapporto fra le due aree inverso a quello della cisti. Infatti, mentre nella cisti l'area di ottusità della percussione leggiera è centrale e più piccola ed è perciò circondata dall'area d'ottusità della percussione forte più grande e periferica, nella pleurite l'area di ottusità della percussione leggiera è più grande e contiene l'area d'ottusità rilevabile con la percussione forte che è perciò centrale e più piccola. Questo speciale comportamento si comprende dalla osservazione di un taglio schematico del polmone. Infatti, il liquido pleurico sviluppatosi in un punto dello spazio pleurico si diffonde dal centro verso la periferia e se nella sua espansione rimane limitato da aderenze ha la maggiore profondità al centro e poi è meno profondo ai lati, ossia si comporta come un piccolo laghetto che è più profondo nel mezzo e meno profondo alle sponde. Ora, se noi percuotiamo piano, non appena il liquido comincia si ha la riduzione di suono, ossia si riesce a determinare la vera estensione del liquido, se invece percuotiamo forte anche quando siamo sul pelo del liquido il polmone sottostante risuona e quindi non si riesce a sentire la riduzione che si fa evidente solo quando percuotiamo all'interno del margine del liquido dove il suo spessore è maggiore e si comprende che così riusciamo a determinare solo lo strato di liquido profondo e perciò la zona è più piccola. Avviene così l'inverso della cisti».

I segni fisici dell'idatide sottoapicale possono somigliare a quelli di una *pleurite interlobare*. In questo caso si ottiene un'ottusità ar-

rotondata od oblunga e sospesa, in cui si hanno le due aree che riproducono il comportamento della cisti. Ma la pleurite inizia sempre da un processo acuto, succedendo quasi costantemente ad una polmonite. La regione anatomica in cui la malattia si è sviluppata può salvare da un errore: la radioscopia praticata secondo le regole precisate da Béclère, vale a dire tenendo conto della obliquità della scissura, dà in caso di versamento interlobare un'ombra intensa ma limitatissima nel senso verticale.

L'*ascesso polmonare* non è un'affezione primitiva, poichè segue generalmente ad una polmonite o ad una broncopolmonite, e perciò si sviluppa nel parenchima polmonare, che, prima di essere ridotto ad una raccolta di pus, è infiltrato, dà soffio bronchiale con broncofonia e ascoltazione di rantoli; la sua evoluzione è rapida e febbrile; lo stato generale rimane subito compromesso per il deperimento progressivo; l'esame del sangue dà leucocitosi. In certi casi, però, la suppurazione della cisti polmonare più che simulare si confonde con lo ascesso del polmone. Differenti sono le difficoltà diagnostiche a seconda che il medico si trovi a sospettare un ascesso in un malato di cui ha seguito l'evoluzione morbosa, in cui si sia avuto la vomica caratteristica con uncini e membrane, ovvero allorchè si presenti al medico per la prima volta un malato con sintomi di suppurazione polmonare con un'anamnesi negativa: in tal caso quasi sempre la toracotomia illumina l'etiologia.

Il *neoplasma*, carcinoma o sarcoma, si avvicina molto alla cisti perchè si sviluppa sostituendo il polmone ed il suo sviluppo è lento; ma la sua lentezza è sempre relativa (lo Zagari dice che la loro durata massima è di due anni), per cui manca la sporgenza della parete, si ha difficoltà della determinazione delle due aree, per quanto possa verificarsi una completa mutezza respiratoria. È innegabile tuttavia che i rilievi semeiologici locali non bastano a dare un giudizio assoluto; però la diagnosi si può far subito tenendo conto dello stato del malato, della diffusione alla pleura con i segni di una pleurite neoplastica, delle metastasi nelle glandole ascellari e sopraclavicolari, del segno di Pitres invertito, dell'aspetto dell'espettorato color conserva di lampone, della presenza di elementi cancerigni all'esame microscopico di esso, ecc.

La *dilatazione bronchiale* non è una malattia primaria, ma si sviluppa in individui già sofferenti per malattie bronco-polmonari; in genere multipla, comporta un'espettorazione spumosa, ben caratteristica con i suoi tre strati sovrapposti; la tosse è parossistica, con violenti accessi specialmente nel cambiare di posizione, con espettorazione abbondantissima e spesso fetida (anche 300 cmc. per volta, fino a quasi 2 litri nelle 24 ore); con l'andare del tempo si hanno un deperimento generale progressivo, febbre, sudori, ingrossamento a clava delle dita; i segni fisici, spesso molto evidenti, sono generalmente localizzati nel lobo medio o inferiore e rassomigliano molto a quelli della tubercolosi (segni di caverne).

La *sifilide polmonare* può assumere, come scrive Pontano, diversi aspetti, dal tipo neoproduttivo (gommoso), al tipo infiltrativo (broncopolmonite), al tipo distruttivo (cavernoso), al tipo sclerotico (sclerosi polmonare). Sintomi fisici comuni delle neoformazioni, delle infiltrazioni, dei processi distruttivi, delle sclerosi del polmone ne sono l'esponente clinico. Una diagnosi di sifilide polmonare si fonda sui seguenti criteri: *a*) conoscenza del terreno sifilitico; *b*) contemporanea esistenza di manifestazioni luetiche; *c*) particolari localizzazioni nel polmone (parti medie polmonari o base del polmone verso l'ilo); *d*) reperti radiografici (per lo più ombre ilari con polmone di aspetto picchiettato con tralci radiali secondo le diramazioni vasali, che sono dati da tessuto connettivale denso); *e*) criteri di esclusione (per es., assenza di bacillo di Koch); *f*) ricerche serologiche; *g*) criterio curativo. Ciò malgrado, vi possono essere dei casi che lasciano molto dubbiosi: Pontano (1) ha descritto un caso di sifilide polmonare localizzata al lobo superiore destro, in cui l'esame clinico del malato orientava nettamente verso una cisti da echinococco.

Le *micosi* dell'apparato respiratorio (actinomicosi, moniliasi, oidiomicosi, nocardiasi, mucormicosi, aspergillosi, penicilliosi, emisporosi, sporotricosi) possono lontanamente ricordare il corteo sintomatico dell'echinococcosi; ma il decorso di esse è più rapido e febbrile, lo stato generale è compromesso, non mancano segni catarrali dei bronchi e d'infiltrazione dei polmoni, l'esame dell'espettorato è positivo per i funghi patogeni, quasi sempre si ottiene l'agglutinazione con siero specifico, la terapia iodica determina la guarigione della massima parte di esse.

È raro che *malattie extrapolmonari* vengano in discussione diagnostica. Così la stenosi nasale, le sinusiti, le tonsilliti, le rinofaringi-

(1) PONTANO. *Contributo alla conoscenza clinica e radiologica della sifilide polmonare.* Il Policlinico, Sez. prat., fasc. 46, 1920.

ti croniche, le vegetazioni adenoidi possono essere accompagnate da tosse e da espettorazione muco-purulenta ed anche sanguinolenta, da una ipofonesi in corrispondenza degli apici e modificazioni del respiro con scarso reperto stetoscopico, da assenza dello scadimento della nutrizione, dalla mancanza del bacillo negli sputi. Senza attardarmi in inutili disquisizioni diagnostiche, dirò senz'altro che il riconoscimento di esse scaturisce con estrema facilità da un'analisi accurata dei sintomi e del reperto obiettivo. Così pure le malattie cardiache embolizzanti ed emoptoizzanti non ci potranno dare preoccupazioni diagnostiche: nel polmone troveremo i segni di un infarto, al cuore di un vizio della valvola mitrale.

Da questa rapida rassegna scaturisce il concetto che in genere la diagnosi di cisti idatidea del lobo superiore del polmone è frutto della sintesi e dell'interpretazione di un insieme di sintomi e di reperti: ma, pur fissati i detti principii generali, non si deve nascondere che nei singoli casi le condizioni derivanti da molteplici stati patologici possono essere più complesse, ed il giudizio resta allora affidato all'acume del medico. In ogni caso, se il sospetto di echinococcosi si affaccia alla mente, nulla d'intentato deve restare nel campo diagnostico pur di appagare lo spirito indagatore, assetato di verità. *Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas* è il confortevole monito di Ovidio.

Roma, 1° dicembre 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di adiposi postencefalitica

per il dott. EMILIO SARTORELLI.

I casi tipici di adiposi postencefalitica, in confronto con la molteplicità e varietà delle sindromi che comunemente si presentano nella malattia di Economo, sono sempre importanti, perchè valga la pena di parlarne ancora, tanto più che il caso che verrò esponendo sembra differenziarsi un po' dalla maggior parte di quelli che vennero fin qui descritti, per il suo andamento progressivo, mentre invece la maggioranza degli autori ha riscontrato in tali forme adipose un carattere di transitorietà e di regressività.

Se diamo un rapido sguardo alla letteratura sull'argomento, troviamo che alcuni autori hanno notato, in individui che soffersero di encefalite epidemica, un anormale aumento dell'adipe e del peso corporeo.

Tale aumento, che si manifesta a varia distanza dall'inizio della malattia e che può arrivare fino a parecchi chilogrammi, ha una durata varia, ma in generale, dopo un tempo più o meno lungo, le condizioni tendono a ritornare lentamente alla normalità.

Per non dilungarmi troppo, ricorderò senz'altro che casi di adiposi postencefalitica furono riscontrati dal Livet, Nobécourt, Stiefler, Fendel, Babonneix, Netter, Conos di Costantinopoli, Grünewald, Runge, Bychowski, Hoke, Bertolani, ecc.

Tali constatazioni si sono moltiplicate in questi ultimi tempi.

Questi casi di obesità transitoria in encefalitici con sindrome parkinsoniana vennero descritti anche dal Roger e Aymes. Interessante è l'osservazione di Roger e Montaignier, pubblicata nella « Marseille Méd. », n. 10, 1922, col titolo: « Obésité encéphalitique énorme et transitoire au cours d'un syndrôme parkinsonien consécutif à un épisode aigu ambulatoire ».

Trattavasi di un individuo che nel 1919 sofferse di encefalite. A questa fece seguito profonda astenia, e nel maggio 1920 il malato cominciò ad ingrassare notevolmente, fino a portare il suo peso da 44 a 72 Kg., nel corso di sei mesi. In tale periodo si sviluppò in lui la sindrome parkinsoniana, e nel dicembre 1921 la sua obesità cominciò a regredire fino a 56 Kg. Gli autori non sanno dire se si tratti di un disturbo ipofisario o infundibolare.

Non devesi però dimenticare, che invece dell'aumento dell'adipe spesse volte furono riscontrati, sempre nel quadro delle manifestazioni

postencefalitiche, fenomeni di grave dimagramento, ribelli all'ipernutrizione e ad ogni cura ricostituente. Tre casi di notevole *macies* furono riportati dal prof. Ottorino Rossi dell'Istituto neuropatologico della Università di Sassari, nel «*Policlinico*» del 1922 (Sez. pratica), fasc. 10.

Dopo queste brevi premesse, passo alla descrizione del caso:

Alberto G., d'anni 30, contadino, da Povoletto.

Nulla di notevole nel gentilizio. Ebbe una bronchite da bambino; del resto godette sempre buona salute. Disimpegnò il servizio militare. Non si contagiò di malattie veneree, nè di sifilide; non abusò di bevande alcooliche. È sposato da due anni, con prole vivente e sana.

Il primo marzo 1922 cadde ammalato, con cefalea, spasmi facciali e agitazione psicomotoria che si accentuava nelle ore notturne e che durò per circa due giorni. In seguito, stato letargico per un periodo di tre settimane, sia di giorno che di notte.

Dopo di questo, insonnia notturna ostinata con accessi di sonnolenza diurna, stipsi e difficoltà nella minzione. Non fu mai però necessario il cateterismo. Dopo tre mesi cominciò ad abbandonare il letto, accusando grande astenia. L'esame obbiettivo praticato nel 2° mese di malattia dava i seguenti risultati:

Anisocoria con torpore nelle reazioni pupillari. Disordini nei movimenti associati dei bulbi oculari. Leggera ptosi palpebrale a destra. Ammiccamento raro delle palpebre. Qualche spasmo clonico dei muscoli mentonieri; tremori grossolani nelle dita delle mani protese. L'esame delle orine fu negativo.

In questi ultimi sette mesi il paziente ha accusato la persistenza dei seguenti disturbi:

Amiostenia di alto grado che gli impedisce qualsiasi lavoro. Insonnia ostinata, stipsi ribelle, lieve difficoltà nella minzione, poliuria (fino a tre litri al giorno). Oltre a ciò, il malato si accorse di essere andato rapidamente e progressivamente ingrassando e aumentando di peso, specie in questi ultimi mesi. Questo fenomeno ha cominciato a manifestarsi al 4° mese di malattia. Dopo d'allora il paziente afferma d'essere aumentato nella misura di 5 Kg. per mese, cosicchè in questi ultimi cinque mesi il suo peso aumentò di ben 25 Kg. Infatti mentre prima di ammalare pesava Kg. 73, ora ne pesa 98 (ved. fig. 1 e 2).

Stato presente (20 dicembre 1922).

Giovane di alta statura, ben proporzionato e di robusta costituzione fisica. Esame dei grandi apparati organici negativo.

Ipomimia facciale, nictatio rara, pupille eguali a reazione torpida. La rima oculare destra è di poco più ristretta della sinistra. I movimenti laterali dei globi oculari si compiono a piccole scosse e in modo non sempre sinergico. Segno di Rosenbach presente (tremore a palpebre chiuse). Solco nasolabiale di destra più accentuato. Lingua mobile in tutte le direzioni. Quando sporge dall'arcata dentaria mostra fini tremori fascicolari alla punta. Nessun disturbo della deglutizione, nè disartria. Nulla a carico dei movimenti passivi e attivi degli arti. Forza muscolare diminuita. Non tremori, nè disordini atassici. Riflessi tendinei superiori appena accennati, tendinei inferiori deboli ed eguali nei due arti. Nessun segno di lesione piramidale.

Persiste stipsi e difficoltà nella minzione. Ma la poliuria è diminuita fino a due litri al giorno.

L'esame delle orine non denota presenza di



Fig. 1
Prima della malattia.

albumina o di glucosio. Nessun disturbo obbiettivo e subbiettivo della sensibilità. L'appetito sessuale è quasi abolito. Per quanto riguarda il trofismo generale, si nota considerevole volume delle masse muscolari, ma pare che lo sviluppo maggiore sia a carico del tes-



Fig. 2
Lo stesso, dopo nove mesi di malattia.

suto adiposo. Tanto la faccia quanto le mani presentano aspetto leggermente succulento. La adiposità è uniforme per tutti i segmenti del corpo. La deambulazione è normale. All'infuori dell'ipomimia facciale, il paziente non presenta sintomi di parkinsonismo. Notasi inerzia e torpore psichico, percezione piuttosto tarda, attenzione scarsa, memoria conservata.

Questo è il caso ch'io ho voluto presentare, e sul quale mi riserverò di dare in altra epo-

ca ulteriori comunicazioni, nella eventualità che l'adiposi debba ancora progredire.

Nelle osservazioni contemplate dai vari autori di cui sopra, l'adiposi, come dicemmo, dopo un periodo di varia durata, ha per lo più mostrata la tendenza a regredire verso la norma. Nel nostro caso invece siamo ancora ben lungi da tale graduale ritorno allo stato normale, inquantochè si è osservato, prima un aumento progressivo di 5 Kg. al mese, e solo da un mese a questa parte si verifica una stasi nel fenomeno dell'adiposi. Di pari passo con tale progressivo aumento dell'adipe vanno le funzioni renali; inquantochè il paziente, nei primi mesi, ha avuto poliuria (circa 3 litri di orina al giorno) e solo in questo ultimo mese si è riscontrata anche una diminuzione nella quantità d'orina emessa nelle 24 ore, fino a ridursi a due litri. Non avendo la maggior parte degli autori riscontrato grandi effetti dalla cura ipofisaria, ho creduto inutile ripetere la prova ed ho sottoposto invece il paziente alla cura dell'adrenalina, per combattere l'astenia.

Com'è noto, la maggior parte degli AA. mette l'adiposi postencefalitica in rapporto con un disturbo endocrinico e più precisamente con una disfunzione dell'ipofisi (1), ma il meccanismo patogenetico di questo sintoma, come degli altri che spesso sono concomitanti (poliuria, glicosuria, frigidità sessuale) è ancora incerto.

Gli studi più recenti tenderebbero a dimostrare che la maggior parte delle sindromi fino ad ora attribuite generalmente all'ipofisi, si debbono invece riferire a lesioni della regione opto-peduncolare, e più precisamente a lesioni dell'*infundibulum* e corrispondente *tuber cinereum* (Cfr. relazione di Camus e Roussy e *discussione sulle sindromi ipofisarie*. Soc. de neurologie de Paris, giugno 1922). Per esempio la poliuria che appare spesso in simili casi, viene prodotta sperimentalmente con lesioni superficiali del tuber c. e subisce una attenuazione con la puntura lombare, prova questa che il meccanismo va ricercato nella decompressione o nella soppressa irritazione della base del cervello.

Alcune osservazioni cliniche, confermate dal reperto anatomico, già starebbero a sostegno di questo concetto. Per es. il Ley ha ultimamente riferito il caso di un ammalato con sindrome adiposa, nel quale si trovò un tumore dell'*infundibulum* e si constatò l'integrità dell'ipofisi. (*Revue neurolog.*, n. 4, 1922).

Noi sappiamo d'altra parte, specie dopo le ricerche sperimentali di Karplus e di Kreidl, che nell'ipotalamo esiste un grande centro di coordinazione per tutta la vita vegetativa. La stimolazione del pavimento del III ventricolo determina reazioni lontane e complesse in tale campo, com'era già stato intravisto dal Budge fin dal 1865. Il territorio occupato da questo centro vegetativo diffuso non è ancora ben delimitato, ma si sa che, oltre ai gangli optostriati, all'ipotalamo e al pavimento del III ventricolo (*tuber cinereum*, corpi mammillari), comprende anche la sostanza grigia che circonda l'Acquedotto di Silvio. Certamente in questa zona del cervello intermedio hanno sede dei meccanismi che regolano il ricambio organico e quindi anche la nutrizione.

Noi pensiamo perciò, d'accordo col Bertolani, come la teoria più accettabile sia quella mista, che cioè fra l'ipofisi e i vicini centri nervosi esistano dei rapporti reciproci, per modo che la lesione dell'uno o dell'altro elemento, oppure l'interruzione delle loro comunicazioni, possano produrre effetti eguali.

L'ipertonia delle sindromi parkinsoniane postencefalitiche è dovuta allo scaricarsi dei centri sub-pallidali, per mancata azione sedatrice sui meccanesimi del tono. Un fenomeno analogo deve verificarsi nel nostro caso.

L'adiposi postencefalitica è probabilmente prodotta da una disfunzione nei delicatissimi ordegni trofici del centro vegetativo mesencefalico, non più governati dai loro freni inibitori.

Povoletto, dicembre 1922.

(1) Come risulta dalla qui unita riproduzione fotografica, non è improbabile che, oltre all'aumento del tessuto adiposo (adiposi), in tali casi realmente vi sia anche una compartecipazione del tessuto muscolare e di quello osseo (vedi ad es. l'acromegalia).

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO ANTITUBERCOLARE DI ALESSANDRIA.

La terapia calcica nella tubercolosi.

Dott. MARCO BORGOGNO, direttore.

La terapia recalcificante sebbene non di recente data, inquantochè già in lontani tempi ha trovato utili indicazioni, specie nel linfatismo e nella rachitide colla somministrazione di polvere d'ossa, e di fosfati, entra ufficialmente a far parte dell'armadio terapeutico del medico pratico confortata dalle interessanti e concludenti ricerche del Galippe e specialmente del Ferrier.

Quest'ultimo, continuando nelle osservazioni iniziate da A. Robin sulla demineralizzazione generale dell'organismo, fu colpito dalla coincidenza della aumentata o diminuita eliminazione dall'organismo umano, dei sali di calcio coll'insorgere ed acutizzarsi di fenomeni morbosi tubercolari o col loro progressivo attenuarsi e scomparire. Ad esempio egli aveva notato in individui tubercolotici, molto frequentemente il riacutizzarsi di una carie dentaria coincidere con poussées di tubercolosi polmonare, e per contrapposto, quando i focolai tubercolari guarivano o miglioravano, cessare pure i fenomeni della carie dentaria. Contemporaneamente a questi fatti, rilevava, e ciò è della massima importanza, poichè stabilisce le basi della cosidetta terapia recalcificante del Ferrier, una maggiore o minore eliminazione di sali di calcio.

A questa osservazione altra ne aggiunse e di non minore importanza e cioè che, man mano che il processo di decalcificazione dell'organismo progrediva, diminuiva il peso specifico del paziente, il quale però nuovamente si ripristinava col diminuire della eliminazione del calcio. Su questi dati, suffragati da altre considerazioni non meno importanti quali ad esempio la calcificazione dei focolai tubercolari riscontrata di frequente nelle autopsie e la maggior frequenza della tubercolosi nelle regioni a suolo granitico e con acque poco calcaree, il Ferrier stabiliva un razionale metodo di cura e di prevenzione della tubercolosi che già dicemmo va sotto il titolo di terapia recalcificante del Ferrier.

Il fondamento di tale terapia, basata su osservazioni ed esperienze condotte con rigore scientifico e senza preconcetti, non poteva lasciare indifferenti i cultori della tisiologia in genere, ed i tisioterapeuti in ispecie: indifferenza che sarebbe stata ingiustificata anche per l'insuccesso cui andarono incontro altri numerosi tentativi di cura. Per non andare troppo alle lunghe con interminabili citazioni di esperimentatori, mi limito a ricordare il Sergent, uno fra i più mirabili ed entusiasti crociati nella guerra bandita alla tubercolosi. Egli ha sperimentato su larga scala la cura recalcificante del Ferrier, condotta con scienza e costanza, e ne ha ottenuto, si può dire, quasi in tutte le forme di tubercolosi, risultati eccellenti. Nella tubercolosi polmonare poi, in quella forma di tubercolosi, che maggiormente è estesa, e che da sola dà il maggior numero di morti, in quella forma la terapia recalcificante secondo il Ferrier « è da considerarsi fra tutti i trattamenti della tubercolosi quello che dà meno insuccessi: esso favorisce le guarigioni di coloro che sono ancora curabili se queste possono trovarsi in condizioni convenienti di igiene e di riposo ».

Se i risultati ottenuti dal Sergent e confermati da altri, furono veramente brillanti nella cura della tubercolosi conclamata, a maggior ragione esse dovettero essere tali nelle forme pretubercolari, in quelle in cui l'abbondante eliminazione dei sali di calcio fanno prevedere a non lunga scadenza lo scoppio di un focolaio tubercolare. E ciò infatti avvenne nelle esperienze condotte dal Sergent che come corollario di queste ne trasse le seguenti conclusioni « che il trattamento profilattico individuale della tubercolosi deve essere tale da opporsi alla decalcificazione e che il trattamento curativo deve essere in grado di assicurare con mezzi appropriati la recalcificazione di un organismo decalcificato » e che il metodo della recalcificazione « è un agente preventivo di primo ordine nei predisposti ed un mezzo curativo meraviglioso all'inizio della malattia ».

Ulteriori esperienze di altri valenti terapeuti confermarono le vedute del Ferrier e del Sergent e la terapia remineralizzante in genere e quella recalcificante in ispecie ebbero il loro degno posto fra innumerevoli serie di medicamenti finora in uso nel trattamento della tubercolosi.

La semplicità del metodo e la poca entità della spesa quando non si ricorra a preparati brevettati e di elevato costo, sono tali da incoraggiare l'esperimento, massime quando autorevoli giudizi ne affermano l'efficacia. E questo si può mettere in evidenza solo quando ne si tenti l'uso su larga scala. Questo ho fatto esperimentando sul grande numero di ammalati che ricorrevano al Dispensario antitubercolare fra i quali mi è stato facile scegliere i casi che mi parvero particolarmente adatti.

Devo dire che le mie osservazioni furono con-

dotte esclusivamente sui casi di tubercolosi polmonare glandulare e sugli stati di predisposizione sia generica che specifica. Di questi ultimi molti potei reclutare fra i bambini, ed i casi di tubercolosi polmonare che divisi in forme iniziali, e forme avanzate, queste ultime ancora suddividendole in forme febbrili ed afebbrili mi furono dati in grossa parte da operai che formano la clientela più numerosa del Dispensario.

Il modo di somministrazione del medicamento fu il più semplice, avendo ricorso ad una ricetta che vedo raccomandata da valenti tisiatri ed in cui i diversi sali di calcio, scelti con criteri di opportunità sono combinati in modo da assicurare il maggior assorbimento. A tale trattamento cui aggiunsi l'opoterapia surrenale intervallare secondo il consiglio del Sergent ed un tenore di vita conveniente per quanto era possibile associai una dieta appropriata, cioè una dieta la quale mi assicurava la minore eliminazione di sali di calcio (Sergent).

Devo anzitutto dire che i risultati che ne ottenni furono tanto più incoraggianti quanto più il trattamento fu prolungato. Ho sotto osservazione ancora oggidì ammalati di petto sottoposti da anni alla cura secondo il metodo Ferrier, i quali godono un invidiabile stato di benessere ed attendono alla loro professione in modo continuato e redditizio e che ancora continuano con costanza mirabile tale modo di cura. Ma ritornando a noi, credo utile esporre partitamente i risultati che ottenni nei diversi casi secondo la classifica più sopra esposta.

Come già dissi le mie esperienze si svolsero non su tutte le forme tubercolari ma limitatamente alle forme di tubercolosi polmonari, alle forme ghiandolari e ai predisposti.

Nelle tubercolosi polmonari i risultati variarono notevolmente a seconda che si trattava di forme apirettiche o pirettiche: (resta inteso che da queste sono da escludersi le forme ad evoluzione rapida in cui il quadro morboso era dominato da intensa tossiemia).

Nelle prime i risultati furono veramente sorprendenti. Ho assistito in queste ad un lento ma continuo prosciugamento dei fatti umidi: siano dovute a fatti bronchiali come piccoli fatti cavitari; e ad una netta, chiara trasformazione fibrose dei focolai morbosi. Di pari passo si è constatato un miglioramento notevole delle condizioni generali ed una aumentata resistenza alla fatica, tanto che i molti malati in cui una astenia grave inibiva qualunque lieve sforzo da lunghi mesi hanno ripreso senza inconveniente alcuno le loro abituali occupazioni nelle fabbriche. Nelle forme fibrose i risultati non sono meno confortanti e furono ottenuti in lasso di tempo meno lungo in rapporto appunto alla relativa benignità dell'affezione.

Nelle forme polmonari pirettiche ho naturalmente associato il riposo assoluto a letto alla somministrazione dei sali di calcio. Qui si sono ottenuti risultati meno brillanti in quanto che se si è riusciti a vincere la febbre, ed a migliorare le condizioni generali i fatti polmonari benchè ridotti di intensità si mantennero costantemente attivi, per riprendere tosto la loro funesta influenza al minimo tentativo di violare la consegna del riposo. In queste forme però non intendo aver detta l'ultima parola, e continuo nel regime curativo prescelto. Il tempo dirà qualcosa.

Nelle forme gravi fortemente tossiemiche come già dissi i risultati furono completamente negativi.

Se nelle tubercolosi polmonari aperte la cura del Ferrier diede esiti così brillanti, a priori era lecito attendersi altrettanto nelle forme polmonari iniziali ed in quelle glandulari. In questi casi, e segnatamente nei primi, dopo una cura relativamente di breve durata, ho ottenuto la scomparsa totale dei segni fisici e dei fenomeni dovute all'impregnazione tubercolare per i quali i pazienti erano ricorsi alle cure dispensariali. Non ho potuto estendere il trattamento recalcificante ad altre localizzazioni Kokkiane, perchè mi scarseggiavano i casi e dai pochi sottoposti alla cura non ho potuto trarre elementi di giudizio di una qualche importanza. Concludendo: dalle mie esperienze posso dedurre quanto segue:

1) essere la cura recalcificante del Ferrier un potente mezzo preventivo e curativo della tubercolosi allorquando è condotto con costanza e con metodo;

2) che essa è efficacissima nei casi di predisposizione sia generica che specifica, efficacissima nelle forme glandulari polmonari iniziali, in quelle apirettiche specie se tendenti alla sclerosi fibrosa;

3) che allo stato attuale delle mie esperienze la sua efficacia è non duratura nelle forme polmonari pirettiche ed inefficace nelle forme gravi pirettiche con fatti tossiemici predominanti;

4) che la cura del Ferrier dà buoni risultati quando il paziente è posto in condizioni d'igiene e di riposo come dice il Ferrier « raisonnables ».

NOTE DI TECNICA.

Un pratico rivestimento del manicotto per la pressione sanguigna

per il prof. GIOVANNI GALLI.

Quando si applica il manicotto di gomma per misurare la pressione del sangue, si nota spesso che la persona esaminata prova una sensazione di freddo, che disturba l'esattezza della misurazione. Avvengono cioè modificazioni vasomotorie nella parte in esame, che sono una causa di errore non piccola, specialmente in soggetti nervosi, deboli e convalescenti.

La tranquillità è una condizione indispensabile per una buona misurazione. Io ho fatto ricerche comparative sulle cifre ottenute in successive misurazioni in diversi individui, esaminati in varii giorni, alla stessa ora ed in condizioni fisiche identiche ed ho trovato che le prime misurazioni dànno sempre cifre più alte di quelle posteriori. L'individuo è di solito preoccupato dell'esame a lui ignoto, cui viene sottoposto, il che determina una vasocostrizione generale con aumento transitorio della pressione sanguigna. Fidarsi perciò della prima misurazione può condurre ad illazioni errate, per esempio attribuire l'abbassamento successivo ai medicamenti o ad altro.

Anche il contatto della gomma fredda del manicotto costituisce una causa di errore, e costante, in molti soggetti. Io cercavo di ovviare a tale inconveniente, avvolgendo il braccio con una larga e breve benda prima di applicare il manicotto, ma ciò richiedeva più tempo e dava luogo facilmente alla formazione di pieghe. Ho fatto perciò costruire un rivestimento semplicissimo di *tricot* elastico, una specie di sottile calzetta, che viene facilmente infilata sul manicotto per cui la gomma non è più a contatto colla pelle. La pratica mi ha dimostrato che questo accorgimento ha il suo valore per impedire l'insorgenza di fatti vasomotorii locali.

Ho ottenuto anche la prova sperimentale delle oscillazioni della pressione sanguigna per effetto del calore sulla pelle. Nel manicotto facevo pervenire durante il rigonfiamento, alternativamente, aria fredda e calda, aspirandola da due recipienti, l'uno riscaldato, l'altro contenente ghiaccio. Queste ricerche interessanti verranno pubblicate a parte. In taluni soggetti si avevano oscillazioni estreme sino a 40 millimetri di mercurio.

La fascia di rivestimento ha la larghezza di 12 centimetri; è costruita cioè per un manicotto largo. Bisogna dire una parola su questo punto. È davvero singolare che vengano ancora messi in commercio manicotti di 5-6 centimetri, come in origine vennero usati dal nostro Riva-Rocci. Una serie di ricerche ha chiaramente dimostrato che il manicotto stretto dà sempre cifre più alte della reale pressione sanguigna nella omerale. Ciò si è visto per esempio introducendo un manometro direttamente nell'arteria, mentre si prende la pressione col manicotto stretto. Con questo si ha un errore che può toccare il 40 %. Invece col manicotto di 12 cent. ci avviciniamo assai bene alla realtà e l'errore possibile si aggira soltanto intorno al 7 %. Nello stesso individuo e nelle stesse condizioni col manicotto stretto si ha una pressione normale di 140-150 mm. di Hg., mentre col manicotto largo si ottiene una pressione di circa 110 mm. È ovvio come non siano possibili comparazioni di esami fatti in tempi diversi con fascie diverse e che è necessario adottare un'unità di misura unica e quella che ci dà la cifra più vicina alla reale.

La fascia di rivestimento da me usata presenta infine anche il vantaggio igienico di essere facilmente lavabile.

Lecco (Como).

DIVAGAZIONI.

L'Esperanto ed i medici.

La scienza medica è di per sè stessa internazionale, e l'universalità degli uomini è destinata a trarne profitto. Appunto per ciò appare strano, come in generale presso i medici si noti uno scarso interesse per il movimento che ha per scopo di favorire la diffusione dell'Esperanto, lingua ausiliare internazionale, sorta per servire di mezzo comune di comprensione fra tutti i popoli. Ed anche più incredibile appare che perfino presso gli studiosi, e presso i cultori della scienza medica — che pur sono profondamente convinti dell'internazionalità delle ricerche scientifiche — l'Esperanto non incontrò l'interessamento che meriterebbe.

Una volta v'era un mezzo di comunicazione fra le persone colte di tutti i popoli civili, il latino; ma ormai il latino non viene quasi più considerato come lingua d'uso corrente. Quindi oggi più che mai si sente la necessità di una lingua internazionale, che renda possibile la facile comprensione e lo scambio d'idee fra i popoli.

Se una lingua universale è necessaria per tutte le scienze, questo si può dire soprattut-

to per la scienza medica: la soluzione di questo problema deve considerarsi come uno dei principali compiti dell'ora presente a cui noi medici — per l'indole stessa della nostra attività — siamo chiamati a portare il nostro contributo. Forse soltanto perchè non è abbastanza diffusa la notizia di ciò che esso si propone, l'Esperanto trova così pochi seguaci nella nostra classe. È superfluo illustrare i vantaggi che ne ritrarrebbero, per i rapporti con la clientela internazionale, i direttori di sanatori, i medici di bordo, gli scienziati nello studio di nuove scoperte fatte in paesi stranieri.

La creazione linguistica dell'Esperanto è dovuta ad un medico polacco, e precisamente all'oculista dott. Zamenhof, nato nel 1859 a Bialystok: egli non era un filologo, ma semplicemente un uomo dotato di squisita sensibilità linguistica, congiunta ad un forte ingegno. Già studente, a 19 anni, aveva gettato le basi per la nuova lingua. Ma da principio non trovò incoraggiamento neppure da chi aveva intorno a sè. Avvenne così che per quasi dieci anni tardò a far conoscere il suo progetto: lavorava però indefessamente, distruggendo e riedificando senza posa. Esercitava contemporaneamente la professione di medico, per giunta con grave penuria di mezzi. Un contrasto incessante lo agitava fra i due doveri: quello di essere un dottore coscienzioso, e quello — imperioso, considerato e sentito sempre come una missione — di dare la nuova lingua all'umanità.

Noi medici, meglio di ogni altro, siamo in grado di comprendere ciò che egli scriveva nel 1887 ad un suo amico, a proposito della pubblicazione:

«Sentivo di trovarmi dinanzi al Rubicone, ed ero ben conscio che dal giorno in cui il mio opuscolo sarebbe apparso, non avrei più potuto retrocedere. Sapevo bene quale destino si prepara al medico, quando il pubblico comincia a vedere in lui un visionario; avevo la percezione esatta di mettere a rischio tutta la tranquillità e l'avvenire mio e dei miei; eppure non riuscivo a liberarmi dall'idea che mi possedeva tutto; e... varcai il Rubicone!».

Così egli portò a conoscenza del pubblico la sua creazione, nella piena consapevolezza di ciò che lo attendeva. Il libro uscì col titolo: «Lingvo internacia» (lingua internazionale) del dott. Esperanto, cioè di *colui che spera*: pseudonimo che passò poi a denominare la lingua stessa. Da quel momento cominciò la diffusione di essa su tutta la terra, intralciata dapprima nel suo progresso dall'indifferenza e dalle opposizioni generali.

Non ci è dato, nel presente breve cenno, intrattenerci più particolarmente sull'organismo linguistico dell'Esperanto. Basterà dire che le basi della lingua sono costituite dalle radici delle singole parole: vi si ritrovano anzitutto i termini comunemente usati, che sono per la maggior parte di origine latina o greca; poi non mancano le espressioni tecniche, tratte da ogni campo dell'attività umana, e — data la professione dello Zamenhof — gran copia di termini della scienza medica. Ed ecco che soprattutto i medici vi trovano molte parole ben note.

Fanno parte dell'Esperanto anche numerose radici tolte dalle lingue più disparate, sempre però vicine il più possibile alla radice comune. Altre invece sono prese direttamente dalle singole lingue, con un criterio di scelta ben determinato.

Ma la praticità dell'Esperanto nell'uso corrente, è data soprattutto dall'applicazione geniale di tutto un sistema di suffissi e prefissi. In tal modo si ottiene, con un numero di radici relativamente esiguo, una grande finezza di espressione, che spesso non è raggiunta neppure dalle altre lingue.

Nei circoli accademici comunemente si ritiene impossibile il sorgere di una lingua artificiale capace di sostituire nell'uso internazionale vari idiomi naturali: l'Esperanto avrebbe valore soltanto teorico, senza alcuna utilità pratica. Ma una cosiffatta opinione mostra solo una scarsa conoscenza dei fatti. L'Esperanto non è più una lingua artificiale: è invece una «vivanta lingvo» una lingua viva, che ha dimostrato di poter servire in infinite occasioni, in grandi congressi che accoglievano cittadini di ogni parte del globo. Anche quest'anno sarà tenuto a Norimberga un Congresso internazionale di Esperantisti, per il quale sono giunte finora più di 2500 adesioni. Fra le adunanze speciali, ne sono annunziate due della TEKA (Associazione Internazionale Medici Esperantisti). E verrà il giorno in cui l'Esperanto risonerà su tutta la terra, accanto alle lingue nazionali, e considerato come un bene inalienabile di ogni individuo, sarà seconda lingua per tutti.

Il nostro collega dott. Zamenhof morì nel 1917 in Polonia, durante la più terribile delle guerre; e profondamente ebbe a soffrire di quella atroce lotta di distruzione, che sembrava relegare la sua idea nel regno delle più irraggiungibili utopie. Ma voglio credere che egli sia spirato nella visione di tempi migliori, che sorgeranno per gli uomini, dopo la turbinosa ora presente, e che non invano avrà assunto il nome di dott. Esperanto.

Dott. WINFRIED FRICKE.

SUNTI E RASSEGNE.

TIROIDE.

Sul gozzo esoftalmico.

(G. MURRAY. British med. jour., 11 nov. 1922).

L'A. fin dal 1896 mise in evidenza che nel gozzo esoftalmico si tratta di una tireotossicosi, che viene corretta dalla riduzione spontanea od operatoria della glandola, e può venire provocata con la somministrazione di estratto tiroideo. Altre ghiandole endocrine possono venire stimolate, come accade anche per certe ghiandole esterne, ad es. le sudoripare.

La causa essenziale dell'esoftalmo, che persiste anche nel cadavere, e non si riduce con la pressione sul bulbo, è l'accumulo di grasso nell'orbita. L'esoftalmo non può dipendere da ingorgo venoso, nè dall'azione del muscolo di Muller, troppo debole per tale effetto. Al grasso si può unire un certo grado di edema locale.

La guarigione spesso lascia come postumo l'esoftalmo o la miocardite.

La malattia è molto più frequente nelle donne: talora mostra una netta tendenza familiare o ereditaria. Talora, in soggetti predisposti, basta un trauma psichico a provocare la malattia.

Ha pure importanza il surmenage, ma pare non ne abbiano i traumi fisici: le infezioni non vanno dimenticate, tra gli agenti etiologici. Tra gli insegnanti si manifesta il Basedow con una certa frequenza.

Secondo l'A., poichè nel gozzo esoftalmico il contenuto in iodio della tiroide è diminuito, la somministrazione di iodio dovrebbe prevenirlo. Esperienze su vasta scala, facendo ingerire 20 ctg. di ioduro al giorno a tutta la popolazione scolare di certe zone, per dieci giorni consecutivi, ogni primavera e ogni autunno, sembra abbiano dato buoni risultati. Una misura preventiva da non trascurare consiste nel provvedere una buona acqua potabile. Inoltre bisogna combattere l'ipertiroidismo incipiente col riposo, la dieta adatta, la radioterapia, i farmaci. Il soggiorno al mare è più dannoso che utile. Le infezioni acute generalmente aggravano la sindrome basedowiana.

L'A. fa notare che talora uno dei primissimi segni è la debolezza e la facile esauribilità. Le basedowiane durante la gravidanza devono attenersi a scrupolose norme igieniche.

L'intervento chirurgico non è indicato se non dopo sei mesi o un anno di trattamento medico infruttuoso; il chirurgo deve asportare non meno dei tre quarti della glandola, per ottenere un miglioramento duraturo. Alcuni (C. Wilson) tuttavia ritengono che l'intervento è inutile ed eccessivamente pericoloso.

Pericolosissimi sono i casi di sindrome completamente sviluppata, sopratutto per le condizioni del miocardio. Secondo J. Berry la mortalità operatoria non supera il 4 %, ed è anche inferiore se si comprendono nella statistica i falsi Basedow. Si ha miglioramento sensibile in un quarto dei casi.

I raggi riducono l'attività tiroidea per azione sull'epitelio e sui vasi.

J. Riddel consiglia di usare dosi forti singole, invece di dosi piccole ripetute che sarebbero piuttosto stimolanti.

R. Mac Carrison osserva che il gozzo esoftalmico è una malattia dei paesi civilizzati, perchè gli indigeni, in India, ne sono immuni. Deve trattarsi di una condizione sostanzialmente differente dall'iperplasia tiroidea per insufficiente apporto di iodio, perchè in questa lo iodio giova, mentre il morbo di Basedow ne viene aggravato.

DORIA.

Esiste il gozzo metastatico?

(BERARD e DUNET. *Revue de Chirurgie*, n. 9-10, pag. 52).

La maggior parte dei chirurgi ed anatomisti patologi col nome di gozzo benigno metastatico descrivono una affezione, nella quale pure avendosi metastasi mancherebbe il carattere di neoplasia maligna, contrariamente a quanto si ritiene per gli altri tumori. Ammettendo che un adenoma tiroideo benigno possa dare metastasi si sostiene che possono esservi due tipi di metastasi: benigna e maligna. Tali giudizii però sono basati su criterii clinici insufficienti e su dati istologici incompleti.

Diversi sono gli aspetti delle proliferazioni epiteliali maligne tiroidee. Vi sono delle forme di epitelioma atipico (carcinoma) o metatipico, caratterizzati da presenza di ammassi cellulari o di travate ripiene senza aspetti follicolari, di cui gli elementi presentano numerose cariocinesi anormali, rigonfiamenti e mostruosità nucleari, ecc., tutti caratteri di malignità. Ma la difficoltà maggiore comincia quando si tratta di epitelioma tiroideo tipico, simulante un gozzo colloideo. In questi casi occorre moltiplicare le sezioni istologiche in esame e ricercare sistematicamente quelle mostruosità cellulari, le quali soltanto permet-

tono di sorprendere un'evoluzione maligna al principio, prima di ogni modificazione architetturale. Questi epiteliomi tiroidei tipici si riportano ai tumori benigni, se non studiati nei loro caratteri citologici, e sono quelli che vengono definiti gozzi metastatici. Per questo ultimo criterio ci si basa su argomenti anatomici, isto-patologici e clinici.

Argomenti anatomici: Rapporti immediati delle cellule adenoidi con i canali vascolari, a parete sottilissima di un solo strato endoteliale. Contro questo argomento sta la grande frequenza del gozzo colloideo e la rarità del cosidetto gozzo metastatico. Basta che le cellule di un follicolo diventino cancerose per poter attraversare la parete capillare, con la quale sono in immediato contatto.

Argomenti istopatologici: In genere sono insufficienti tutti i dati microscopici: manca nella maggior parte dei casi l'esame istologico del gozzo che avrebbe dato origine alle metastasi, o se fu fatto si limitò a qualche frammentino. Rari sono quelli che hanno moltiplicate le sezioni, e tutte le altre cautele di tecnica istologica.

Gli AA. credono che gli esami istologici, tali quali sono praticati non permettono di affermare l'integrità di una glandola come la tiroide, nella quale a livello del gozzo possono passare inavvertiti dei punti di degenerazione maligna. Gli esami istologici praticati con queste cautele dimostrano che le tiroidi le quali parrebbero rare, sono istologicamente neoplasiche. Ciò riuscì a provare Wollfler nell'esaminare delle sezioni in serie già osservate da Conheim e da Heschl. Suggestivo è il caso citato da Mignon e Bellot, nel quale la metastasi lombo-dorsale era partita da un piccolo nodulo neoplastico della tiroide. Molto circoscritto con la parte cancrenosa limitatissima. Altrettanto suggestivi su tale argomento sono i casi citati da Crone.

Gli AA. quindi sostengono che non si ha il diritto di apportare una diagnosi definitiva prima di praticare delle sezioni in serie su tutti i punti del tumore.

Argomenti clinici: I sostenitori del gozzo metastatico benigno sostengono che la tiroide osservata a livello del gozzo resta stazionaria, non dolorosa, senza inclinazioni occipitali caratteristiche della degenerazione maligna.

Quanto alla forma di cancro tiroideo conclamato esistono le varietà mediche, nelle quali si rinvengono dei minuscoli nuclei cancerosi non riconoscibili clinicamente, che sono suscettibili di spargersi a distanza, lasciando che le metastasi evolvessero per loro proprio conto e dominando il quadro clinico. Tale quadro clinico non è caratteristico esclusivamente del gozzo, ma molto più probativi riescono per i tumori metastatici a tipo surrenale.

Berard e Dunet riassumono ed analizzano le principali osservazioni conosciute, di cui 18 riportate da un lavoro di Patel, ed undici raccolte nella letteratura più recente.

Da un'analisi dettagliata gli AA. rilevano che in diciannove il reperto istologico della metastasi non aveva il suo riscontro in altre ricerche nella tiroide, per stabilirne la natura. In altri sette l'esame istologico della tiroide era stato compiuto imperfettamente su frammenti, senza fare molti tagli in serie e in diversi punti, specie i più sospetti. Al contrario tre pubblicazioni si riferiscono a casi nei quali dal semplice esame istologico delle metastasi o dall'esame istologico di noduli tiroidei sospetti si potè stabilire la natura maligna delle lesioni rilevate.

Conclusioni: Le nozioni di gozzo benigno metastatico furono introdotte da Conheim erroneamente, come impugnarono le più dettagliate indagini istologiche rivedute da Wollfler. Le ulteriori pubblicazioni trattarono e riferirono gozzi benigni metastatici, quantunque nella maggior parte dei casi l'esame istologico del gozzo primitivo non fosse praticato o fosse praticato insufficientemente.

In presenza di un gozzo voluminoso o di un semplice nodulo tiroideo occorre ricercare le modificazioni istologiche nella tiroide. Allorquando esiste un tumore secondario l'assenza clinica dei segni di malignità, non permette di affermare la benignità della lesione tiroidea.

Solo l'esame istologico può troncare la quistione, a condizione che sia fatta su sezioni in serie e su tutta la lesione iniziale. Non è raro così ricercare dei punti microscopici di degenerazione neoplastica.

La nozione quindi di gozzo benigno metastatico deve dunque essere radiata dal capitolo dei tumori tiroidei benigni, e cedere il posto alla nozione di cancro tiroideo metastatico latente.

JURA.

L'anestesia regionale nell'operazione sul corpo tiroide.

(SANTY e BIZOT (della Clinica Chirurgica del prof. Bérard, Lyon). *Revue de Chirurgie*, n. 9-10, anno 40, pag. 546).

Le operazioni sul corpo tiroide possono utilizzare grandissimamente l'anestesia regionale, ma il suo impiego è tuttora molto raro e modesto. Più utilizzata è la narcosi all'etere o al cloroformio, mentre l'anestesia regionale

resta ancora un processo di eccezione. Assistendo agli interventi chirurgici sul collo o praticandoli con anestesia regionale è impossibile di non riconoscere a questo metodo una superiorità incontestabile. La comodità che risulta dall'assenza d'anestesia data per via orale non è trascurabile, anche se si impiega la pipa di Delbet, come fa Lebilau, nelle operazioni sulla glandola tiroide. Lo stato di veglia del paziente che permette l'orientamento della testa a volontà, che conserva ai movimenti respiratori il ritmo normale, e che permette, con la voce, di far controllare in qualunque istante le condizioni del ricorrente e del pneumogastrico, rappresenta un non piccolo vantaggio.

Per la posizione semiseduta dell'operando, per l'assenza di berretto o di maschera ad inalazione, che determinano uno stato di congestione venosa, il sistema circolatorio venoso resta vuoto e si sopprimono gran parte delle cause che rendono la chirurgia tiroidea una delle più sanguinanti. Ciò veramente deve prevenire l'operatore per far esagerare l'emostasi anche sulle più modeste venuzze, le quali se non ligate preventivamente, nelle prime ore che seguono all'intervento, possono dare sotto il minimo sforzo un voluminoso ematoma. Ma l'anestesia regionale dà il più grande vantaggio, consentendo di sopprimere o di diminuire la soffocazione respiratoria nel gozzo profondo, in quello anulare, ed in genere in tutti quelli che dànno compressione o deviazione tracheale.

Quali sono i motivi che fanno limitare l'impiego dell'anestesia regionale? Gli AA. credono che il principale stia nei numerosi insuccessi, dovuti ad imperfezioni di tecnica, ed al tempo che richiede per praticarla, per cui i chirurgi sotto la pressione del tempo, preferiscono l'anestesia generale, la quale per il suo automatismo e per la semplicità apparente, esige minor tempo dell'anestesia regionale. Se questa quindi deve essere irregolare ed insufficiente, meglio vale rinunciarvi.

Gli AA. credono che con una tecnica semplicissima e rapidissima è possibile di ottenere nella grande maggioranza dei casi un'analgesia ottima e con i vantaggi enumerati. La regione tiroidea si presta mirabilmente alle tecniche dell'anestesia locale, tanto per la facilità con la quale si può giungere alla origine dei nervi rachidiani, i quali forniscono la sensibilità della glandola, quanto per la scarsa intensità della sensibilità di questa regione, dopo avere inciso i comuni tegumenti. Jaboulay faceva delle enucleazioni di gozzo senza anestesia alcuna, con un'incisione mediana longitudinale; grande era la celerità del suo intervento, che durava qualche minuto, e grande sull'ammalato il suo ascendente morale, per il quale ultimo poteva superare il dolore della incisione dei comuni tegumenti. E' evidente che l'ipoestesia dei piani profondi facilita l'azione della novocaina.

Tecnica: classicamente si descrivono per l'anestesia regionale anterolaterale del collo due tecniche. Lo scopo è di anestesizzare ciascuna radice del plesso cervicale, a livello dell'apofisi trasversa della vertebra corrispondente.

1) *Per via laterale* si ha innanzi tutto la precauzione di fare in tre punti di una verticale, che va dalla punta della mastoide al tubercolo di Chassaignac e che segna la proiezione della linea della apofisi trasversa, una piccola zona di infiltrazione dermica, con un piccolissimo ago e che dà tre punti cutanei insensibilizzati, attraverso i quali sarà infisso l'ago più grande destinato alle radici spinali. Il primo di questi punti è un dito trasverso al disotto della mastoide, il più basso a livello della cartilagine cricoide, l'intermedio un centimetro al disopra di questo. Attraverso il primo (superiore) infisso un ago di 4 centimetri perpendicolarmente alla pelle, e facendolo proseguire orizzontalmente, si raggiunge l'apofisi trasversa della 2ª cervicale (servirsi in questa ricerca dell'ago non montato, affinchè si sia avvertiti di un'eventuale lesione della arteria vertebrale). Appena arrivati in contatto dell'osso si iniettano, ritirando lentamente l'ago, 5 cmc. di soluzione all'1 % di novocaina. Attraverso il medesimo punto risalendo un po' più in alto, circa un centimetro, si inietta in vicinanza dell'apofisi trasversa dell'atlante. Attraverso il punto intermedio si fanno delle manovre identiche per depositare la soluzione vicino le apofisi trasverse della terza e quarta cervicale; attraverso il punto inferiore si raggiungono le prime radici del plesso brachiale.

2) *Via posteriore*. — Per evitare più sicuramente la puntura dell'arteria vertebrale si consiglia la via posteriore, raggiungendo ciascuna apofisi trasversa con due aghi infissi a 2 cm. dalla linea delle apofisi spinose all'altezza di ciascuna di queste apofisi, analogamente all'anestesia paravertebrale dorsale o lombare. Questo metodo è lo stesso negli effetti di quello prima descritto.

Dal punto di vista chirurgico il collo si compone di organi situati in avanti dell'aponevrosi prevertebrale e degli scaleni; tali organi possono essere spostati lateralmente. Nel fare questa manovra di ricalcamento della massa anteriore, se il soggetto non è adiposo, si mette in evidenza l'orlo della linea delle apofisi trasverse, dove emergono le radici del plesso. In

alto questo rilievo è mascherato dall'apofisi mastoide. I rilievi delle apofisi trasverse e la mastoide sono gli unici punti di repere (1). E' necessario fare l'anestesia bilaterale.

L'ammalato è messo in decubito orizzontale: dopo aver ottenuto un rilasciamento completo dei muscoli del lato sul quale si opera, si ricalca la massa cervicale anteriore in avanti in modo da mettere in evidenza le salienze delle apofisi trasverse, di cui il bordo si designa nettamente: in tale manovra si percepisce il polso carotideo con la mano che spinge.

Dopo aver fatto l'anestesia dermica ad un centimetro al di sotto dell'apice mastoideo, si procede all'anestesia vera profonda con un ago di 8 cm. non montato, che dal punto cutaneo innanzi detto è approfondito in piano frontale, perpendicolarmente all'asse del collo. Infisso l'ago profondamente ci si trova in avanti della 2ª vertebra cervicale. Quando si ha la sensazione di essere in contatto di questa apofisi trasversa si ritira l'ago di 2 cm. e lo si approfondisce nuovamente dirigendo la punta verso la faccia anteriore dell'apofisi trasversa della prima cervicale, indi si aggiunge la siringa e si iniettano 4-5 cmc. di soluzione 1/100 di allocaina o novocaina, facendo costantemente variare la penetrazione dell'ago, in modo da infiltrarne una vasta zona. Dopo la prima iniezione, infossando l'ago orizzontalmente si raggiunge la zona della seconda radice e si ripete la iniezione di altri 4-5 cmc. In un terzo tempo, menando il padiglione in alto, quasi a contatto del lobulo dell'orecchio, in modo da fare con la prima direzione un angolo di circa 30°, si raggiunge l'apofisi trasversa della 3ª cervicale. Rinnovando questa manovra per la quarta apofisi trasversa, senza ritirar l'ago interamente, ci si limita a inclinare un po' più il padiglione verso l'orecchio, e penetrando per 2 cm. circa più che la volta precedente. Andando così a 6 cm. circa di profondità si raggiunge la quarta apofisi trasversa.

Con quest'ultima manovra spessissimo venendo in contatto del plesso brachiale si desta un dolore al braccio, seguito da un certo senso di parestesia. Data l'obliquità considerevole dell'ago in rapporto alla direzione delle apofisi trasverse non vi è pericolo di pungere la vertebrale. È utile di infossare l'ago a padiglione scoperto per evitare le punture e le iniezioni endovenose della soluzione anestesica, il che produce lieve malessere (pallore, piccola vertigine, sudore).

(1) Utilizzando una soluzione madre di novocaina o allocaina al 10 %, nel momento dell'uso, con soluzione fisiologica ne hanno ottenuta una diluizione all'1 %, aggiungendovi delle gocce di adrenalina.

Il vantaggio di quest'ultimo metodo è grandissimo per semplicità e rapidità, permettendo di anestesizzare tutta la regione compresa tra il bordo mascellare inferiore e la clavicola. Si può estendere l'anestesia alla fossa sopra clavicolare raggiungendo il plesso brachiale dopo quello cervicale: si traccia un nuovo punto un centimetro indietro della linea delle apofisi trasverse, ed all'altezza del tubercolo di Chassaignac. In tale punto si infigge un ago di 8 cm. in modo da raggiungere il collo della prima costola. Quando si sente il contatto osseo si iniettano 5 cmc. di soluzione all'un per cento e dopo, ritirando progressivamente l'ago, si iniettano 2 cmc. per centimetro percorso.

L'anestesia compare rapidamente e si estende a tutto l'arto superiore, alla regione acromiale, meno alla faccia interna della parte superiore del braccio.

Unico avvertimento di questo metodo è che con l'ago si passi sicuramente dietro del plesso, evitando così sicuramente la regione dei grossi vasi. Una buona precauzione è di disporre l'ago in modo che la sua bietta sia voltata in avanti, così si intaccano di meno i cordoni nervosi.

Dagli AA. fu praticata tale anestesia in numerosi ammalati sui quali si operava sulla regione anteriore del collo. Il prototipo è l'osservazione seguente:

Donna di settantadue anni. Enfisematosa, con leggera cifosi della colonna dorsale. Presenta un enorme gozzo con lobo destro che ha rammollito la trachea, cagionando crisi dispnoiche.

Anestesia paravertebrale cervicale per via superiore, 30 cmc. di soluzione d'allocaina all'1 per cento. Anestesia perfetta, che permette di enucleare un lobo tiroideo, che comprime trachea ed esofago, producendo un largo intaglio a mezzo cilindro. La trachea era molle e depressa.

Questa ammalata, sulla quale tutti gli altri mezzi di anestesia erano controindicati, ha presentato un decorso postoperatorio perfettamente normale.

Tale anestesia è ancora sufficiente in gozzi infossati, nei quali non vi sia alcun fenomeno infiammatorio per cui non abbia contratto aderenze con i tessuti vicini. Se il tumore è aderente, infiammato, degenerato è buono di anestesizzare qualche nervo intercostale in vista di una resezione eventuale dello sterno.

Questa anestesia non è unicamente di superficie, ma anche di profondità, permettendo così dissezioni lunghe e minuziose. Citano ancora due casi importanti:

1) Di una donna di 50 anni, nella quale si

praticò l'anestesia paravertebrale del plesso cervicale e brachiale per via superiore: 45 cmc. di allocaina-adrenalina 1 %. Si potè così praticare una resezione della prima costola, operando senza alcun inconveniente sul plesso brachiale. L'ammalata compiva tutti i movimenti con la spalla sinistra e col collo, permettendo così di scoprire la costola alla base e allontanando sufficientemente i vasi.

2) Un ammalato di 60 anni, nel quale l'anestesia regionale del plesso brachiale e cervicale di ambo i lati ha permesso di arrivare agevolmente sull'esofago neoplastico nel tratto cervico-toracico, con possibilità di esplorare l'integrità del ricorrente. JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

FOLIA GYNAECOLOGICA, vol. XVI-XVII, 1922. (Genova, Passo acquedotto 6-1, lire 80; per gli abbonati L. 60).

È un grosso volume di quasi 700 pagine, con trenta tavole, dedicato al prof. E. Pestalozza nel suo trentesimo anno di insegnamento.

Vi hanno collaborato 26 Autori. Vi figurano gli allievi antichi e recenti del Pestalozza, oltre a uno stuolo di maestri e discepoli della scuola di Pavia, quella stessa che col Cuzzi fu guida all'attuale clinico di Roma.

Il volume rispecchia ottimamente lo stato attuale della ostetricia e ginecologia italiane, e, quasi una mente direttrice vi avesse preseduto, i vari contributi dei singoli autori si completano a vicenda nei campi svariati, dalla fisiologia alla patologia ostetrica, dalla indagine biologica alla clinica e alla tecnica operatoria, con larga parte alla anatomia patologica genitale.

Dei maestri: Alfieri parla della patogenesi dei fenomeni simpatici e del vomito delle gravide; Clivio della associazione plurineoplastica utero-annessiale; Cova dei sarcomi dello ovaio e del connettivo pelvico; Acconci dello impianto dell'uovo sulla fimbria ovarica per tubercolosi salpingea.

Sulla funzionalità renale, sulla glicosuria provocata, sulle funzioni epatiche in gravidanza, portano contributi Rubbiani, Barzilai, Ferracciu, Dalle Piane.

Illustrazioni interessanti analitiche e di assieme anatomo-patologiche portano Santi, Gaifami, Cuzzi, Falco, Flamma, Bua, Marino, Brugnatelli.

Problemi di terapia sono discussi da Vassallo, Artom di Sant'Agnese, Cattaneo, Scotti, Poltronieri.

Contributi biologici sono dati da Ragusa, Perazzi, Bolaffio; il fecondo campo di azione sociale della ostetricia trova documentazione solida in Micheli.

Di alcuni di questi lavori, quelli che più possano interessare la generalità dei medici, daremo separate recensioni nel giornale.

Qui oggi ci limitiamo a segnalare il bel volume, che rappresenta un meritato omaggio alla attività scientifica e didattica sempre vivace del Pestalozza, e che è riuscita una pregevole raccolta di scritti ostetrici e ginecologici. È bene quindi che essa venga additata anche al grande pubblico medico a cui si rivolge questo giornale, poichè vi sono trattati problemi che vanno oltre il ristretto campo della specialità. G.

G. PERONDI. *Il sistema cutaneo nella gravidanza fisiologica e patologica.* Un vol. in-8 grande, di pag. 276. Roma, Tip. Soc., 1923. (Prezzo L. 50).

Uno studio sistematico dei rapporti — così intimi e molteplici — tra sistema cutaneo e gravidanza normale e patologica finora mancava nella letteratura ginecologica d'Italia. Questa lacuna è colmata dal lavoro del Perondi.

L'A., della scuola del prof. sen. Pestalozza, si basa per la parte clinica sullo studio dell'intiero materiale ricoverato in 12 anni (1910-1921) nella frequentatissima Clinica Ostetrica di Roma, comprendente più di 22 mila cartelle, e per la parte istologica su preparati eseguiti nel Laboratorio anatomo-patologico della Clinica del prof. A. Ducrey.

Dopo un'introduzione generale, d'indole storica e statistica, e un capitolo dedicato alla *fisio-patologia della pelle in genere e della gravida* in particolare, segue l'esposizione delle attuali cognizioni sulla *autointossicazione gravidica* e sulle varie *dermatosi tossiche della gravidanza* (eritema, orticaria, prurito, *prurigo gestationis, herpes gestationis*, pemfigo delle gravide, *impetigo herpetiformis*, eczema della gravidanza, porpora gravidica): vi è annesso un capitolo generale sulla *cura*.

Vengono poi studiate le *alterazioni del circolo cutaneo* (dermografismo, edema), le *lesioni infiammatorie*, specifiche e non specifiche (lupus, psoriasi,...), nei loro rapporti con lo stato di gestazione, *gli esiti delle alterazioni di circolo e delle infiammazioni* (ulcera, atrofia, elefantiasi,...), le *alterazioni nutritive della pelle* (gangrena, sclerodermia, seborrea, acme), quelle *a tipo neoformativo* (fibroma mollusco delle gravide, morbo di Recklinghausen,...), le *alterazioni del simpatico in rap-*

porto con la pelle (mal. di Raynaud, eritromelalgia, herpes zoster). Un capitolo assai diffuso, e contenente contributi personali, è quello che concerne la *genesi* e le *anomalie del pigmento studiate nella donna gravida.* Poi le *anomalie dei peli* (ipertricòsi, alopecia) e delle *unghie*, le *dermatòsi d'origine tossi-infettiva puerperale.*

Chiude il volume un'*appendice* su le *alterazioni stomato-dentarie e sulle malattie esterne dell'occhio in gravidanza.* Ultimo argomento le modificazioni indotte sul sistema cutaneo, sui denti e sul segmento esterno dell'occhio dalla *tetania gravidica.*

Ciascun capitolo è corredato da una vasta letteratura. Completano il lavoro varie figure in tricomia, quattro fotografie ed una copiosa casistica.

Nell'insieme, come risulta dalla esposizione analitica del contenuto, si tratta di una monografia esauriente su un argomento interessante ed importante, così nel campo ostetrico-ginecologico, come in quello dermatologico. Ed il medico pratico pure troverà in esso una ottima guida nelle svariate contingenze cliniche che vi sono prospettate. Lo specialista poi ne avrà vantaggio, trovando qui riunite notizie che avrebbe potuto raccogliere solo faticosamente in sparse monografie.

Col suo lavoro, completato da una ricca bibliografia, in cui si tiene conto anche dei contributi più recenti, l'A. ha fatto così, in questo interessante capitolo di patologia, opera utilissima, che troverà la più larga diffusione nel pubblico medico.

GAIFAMI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Resoconto del XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Roma, 5, 6, 7 aprile 1923.

Apre il Congresso, come presidente della Società Freniatrica Italiana, il prof. ENRICO MORSELLI, che, con mirabile sintesi, fa la storia della psichiatria italiana dai primi lavori del Verga fino ad oggi. L'O. indaga il principio direttivo seguìto dalla psichiatria italiana, principio rigidamente positivistico ed organicistico che fa di essa una branca della medicina, con lo scopo di porre le alterazioni e le anomalie della psiche in rapporto con le alterazioni del sistema nervoso e dell'intero organismo.

Termina con un saluto a Roma dopo avere, con superba rievocazione, messo in rilievo tutte le gloriose conquiste scientifiche della psichiatria.

Segue il prof. GIOVANNI MINGAZZINI che dà il saluto ai Congressisti ed illustra le vie maestre che deve seguire la neuro-psichiatria, i cui progressi sono basati sul connubio indissolubile fra clinica ed anatomia patologica. Questo principio risale al Morgagni e al Virchow ed è l'unico fondamento del progresso delle discipline mediche. L'O. chiude il vigoroso discorso deplorando che oggi si vada abbandonando questo principio con grave danno per il progresso della scienza medica.

1° Tema generale: «*Nosografia e patogenesi delle psiconeurosi*».

Prof. GUSTAVO MODENA. — I nomi di isteria, neurastenia, neurosi coatta, psiconeurosi da infortunio e bellica, malattia dei tic, stati ansiosi, crampi professionali, ecc., indicano un carattere delle sindromi le quali attendono ancora un concetto fondamentale che ne chiarisca la natura e ne stabilisca la posizione clinica.

L'O. è convinto che il progresso delle nostre conoscenze di biologia varrà a chiarire molti dei sintomi oggi compresi in questi gruppi che crediamo opportuno continuare a chiamare con i nomi tradizionali e semplicemente indicativi di isteria, neurastenia, ecc., che non implicano, allo stato attuale, nessun preconcetto di interpretazione.

Negli ultimi anni lo studio delle funzioni endocrine e i più chiari rapporti fra queste e le reazioni emotive hanno illuminato alcuni coefficienti organici e molti sintomi sono passati a far parte dei disturbi da alterata secrezione interna, mentre fino ad ora erano erroneamente inclusi nelle neurosi per il criterio di inorganicità ad essi attribuito (astenie degli iposurrenali, acroparestesie degli ipogenitali e paratiroidei, eccitabilità degli ipertiroidei, ecc.). E l'influenza della funzione endocrina, delicata equilibratrice delle funzioni nervose, deve essere presa in considerazione anche per altre manifestazioni neurotiche. La funzione della vita sessuale è strettamente connessa con la secrezione ormonica: e, come determinate insufficienze e disfunzioni possono alterare a lungo andare la costituzione e la personalità del soggetto, si deve ammettere che particolari secrezioni che accompagnano vari periodi dell'atto sessuale e dei rapporti reciproci fra i due sessi, eccitino delicate e transitorie attività ormoniche che, se irregolari e incomplete, possono influire sulla personalità stessa.

Oltre ai legami tra funzione endocrina e fenomeni emotivi, l'indagine anatomica e anatomo-clinica ci reca dati notevoli sulla sede di centri connessi con lo sviluppo e la espressione degli stati emotivi, fondamento precipuo di molte neurosi: lo studio delle sindromi mesencefaliche e dei nuclei della base chiarisce fatti che appartenevano, fino a poco fa, al dominio della funzionalità. E i reperti vengono ad avvalorare la grande importanza di queste zone nella espressione degli stati emotivi che ci si presentano, in condizioni normali, sintetici e complessi, ma che devono avere una catena di seriate sedi dai processi inferiori ai superiori, dai fenomeni percettivi e recettivi ai fenomeni espressivi e che offrono carattere diverso a seconda dell'anello della catena leso o alterato. Così alla diversa distribuzione di lesioni

devono essere attribuite alcune *nuances* differenziali fra stati postencefalitici e analoghe manifestazioni psiconeurotiche, differenze lievissime che dimostrano l'origine organica del complesso fenomeno.

Con l'esame della delicata struttura e dei rapporti molteplici intracerebrali, con l'analisi della influenza dei coefficienti umorali, con la giusta valutazione di ogni causa organica anche extracerebrale, si potrà meglio chiarire l'origine e la successione di molti sintomi neurotici in relazione alla biologia della vita emotiva. Tali concetti somatici corrispondono più ad una logica scientifica che non il concetto di un affetto fluttuante, quale molti della scuola psicoanalitica pongono a base di ogni neurosi.

La discussione su questa prima relazione si apre con un discorso polemico di LEVI-BIANCHINI, che difende i concetti fondamentali della psico-analisi. Prendono poi la parola i proff. BIANCHI, MINGAZZINI, MORSELLI che rispondono alle osservazioni di LEVI-BIANCHINI, RONCORONI, AGOSTINI, TREVES, BALDI, che svolge una sua comunicazione su «Istinti e nevrosi», e COLELLA. Risponde il relatore alle diverse osservazioni mossegli e riafferma che solo lo studio della struttura del sistema nervoso e la indagine biochimica varranno ad illuminare e a spiegare ogni ordine di fatti neurotici.

2° Tema generale: «*Patogenesi dell'epilessia cosidetta essenziale*».

Prof. LUIGI RONCORONI. — La particolare modalità con cui nell'epilessia avviene la dissinergia corticale consiste in questo che in essa si manifesta ad accessi una scarica violenta di energia nervosa, come se questa, dopo essersi accumulata, non avesse trovato vie di deflusso sufficienti per scaricarsi gradatamente. Noi possiamo farci un'idea di questo meccanismo ricordando che normalmente esiste un tono nervoso, ossia un certo grado di energia potenziale, per cui uno stimolo procede lungo una data linea per una differenza di potenziale del punto di partenza in confronto a quello di arrivo; perchè il corso delle energie nervose avvenga normalmente, è necessario che le vie di deflusso siano pervie in grado normale; se in un punto vi è un ostacolo, anche se il deflusso degli stimoli non è del tutto arrestato, l'energia tenderà ad accumularsi a monte, dove il potenziale si innalzerà, fino a raggiungere una tensione tale da determinare una scarica epilettogena. Se noi ricordiamo che nell'epilessia è frequente la gliosi marginale, un'alterazione dell'orientamento e della distribuzione degli elementi, un'atrofia delle fini diramazioni protoplasmatiche che rappresentano l'organo con decorso cellulipeto che raccoglie gli stimoli delle diramazioni dei neuriti, — e che, come ultimi venuti nella filogenesi, si alterano più facilmente i neuriti, come risulta anche dalla difficoltà di metterne in evidenza le più fini diramazioni con quasi tutti i metodi istologici — possiamo ammettere che l'ostacolo nelle vie di deflusso sia rappresentato precipuamente nelle strutture interneuroniche, forse a carico sopratutto dei fini prolungamenti protoplasmatici. Questo ostacolo delle vie di deflusso interneuronico è diffuso, ma raggiunge un maximum nell'area da cui parte la scarica. Con questa rappresentazione patogenetica del meccanismo dell'accesso, noi ci possiamo spiegare i singoli momenti di esso: le forme motorie, o sensorie, o psichiche, a seconda dei campi da dove la scarica si diparte; la lentezza e le lesioni dei processi psichici, legate alle difficoltà delle comunicazioni interneuroniche che, come si comprende, ostacolano maggiormente lo svolgimento delle funzioni più alte, e meno quelle delle più basse, che hanno vie di deflusso più antiche e più largamente tracciate; l'inizio fulmineo e violento dell'attacco dovuto all'improvviso scaricarsi della tensione; il fatto che le intossicazioni favoriscono lo scoppio degli accessi, perchè aggravano le difficoltà del deflusso interneuronico; gli stati prodromici che rappresentano il disagio del sistema nervoso centrale di cui una parte è in stato di abnorme tensione; le aure, che sono un primo accenno di scarica verso le aree sensoriali o motrici; il profondo disturbo di coscienza, perchè ogni scarica violenta determina una dissinergia di funzione dei campi corticali, arresta gli archi psichici in atto (salvo che questi decorrano fuori dei campi dove producesi la scarica) e quindi sospende la coscienza; l'amnesia consecutiva, perchè ogni disturbo di coscienza si riflette in un corrispondente disturbo dei processi mnemonici.

Secondo questa concezione, la vertigine appare come una breve scarica; l'azione favorevole dei bromuri e del luminal è probabilmente dovuta al fatto che abbassandosi l'eccitabilità corticale è meno frequente che vengano raggiunte forti tensioni dell'energia nervosa; l'enorme varietà della sintomatologia è dovuta alla diversa sede e gravità del processo e dei fatti automatici.

Si intende che nei periodi intervallari il deflusso delle energie nervose è insufficiente (particolarmente in dati campi), ma non del tutto ostacolato, così da permettere la conservazione della vita di relazione; nelle forme demenziali inoltre non si ha più soltanto una deficienza della pervietà delle comunicazioni intercellulari, ma si hanno veri processi psicolitici legati a più profonde lesioni degli elementi nervosi.

Quanto più si approfondisce la patogenesi dell'epilessia, tanto più se ne riconosce la complessità, come del resto avviene per ogni fenomeno naturale; una folla di leggi e di fatti tra loro coordinati ed interdipendenti vi intervengono: la legge della deficiente inibizione; il dato della molteplicità dei processi (acuti reintegrabili, cerebropatici, deviativi) che possono metter capo ad una sindrome in apparenza identica; il concetto della personalità costituita da una integrazione dei campi architettonici e delle alterazioni della personalità dovute a dissinergie dei campi stessi; le leggi delle connessioni interneuroniche e del tono nervoso; il dato delle alterazioni del tono determinate da insufficiente pervietà delle connessioni; il concetto di particolari forme di dissinergie accessuali dei campi provocate da improvvise scariche del potenziale; il dato della molteplicità delle cau-

se, tossiche, infettive, deviative che possono provocare le dissinergie funzionali.

L'epilessia è una sindrome che comprende un campo immensamente vasto, come il Lombroso ha dimostrato; indagarne la patogenesi non è possibile senza tener conto dei massimi problemi che sono a base della neurologia e della psichiatria moderne; forse non ne comprende la vasta portata chi crede di poterla spiegare con una teoria semplicista, o con un fatto unilaterale.

Secondo relatore è il prof. BESTA che in base alla sua ricca casistica di traumatizzati di guerra con lesioni craniche illustra le varie modalità cliniche con le quali le manifestazioni epilettiche si sono presentate nei suoi casi a seconda le varie sedi delle lesioni nel cranio. Descrive le aure che sogliono precedere l'attacco epilettico rispetto alla sede della lesione e dopo aver dato i caratteri clinici coi quali si suole presentare l'attacco medesimo a seconda che è lesa l'una o l'altra delle aree corticali degli emisferi cerebrali viene alla conclusione che sono le lesioni frontali che dànno il quadro clinico più tipico dell'epilessia essenziale.

Segue una interessante discussione cui prendono parte i proff. SALMON, TREVES, SEPPILLI, ALBERTI, CORBÉ, AYALA, PELLIZZI ed infine RONCORONI e BESTA.

3° Tema generale: « *Schizofrenie e pseudoschizofrenie.*

Prof. G. MONTESANO (Roma). — Il relatore rileva la tendenza predominante a considerare la schizofrenia come antitetica della frenosi maniaco-depressiva per rapporto specialmente alle manifestazioni emozionali di risonanza all'ambiente, a considerare altresì la differenza come dovuta al temperamento dei soggetti che ammalano, temperamenti rispettivamente schizotimico e ciclotimico, riscontrabili anche nei normali e, per alcuni autori, riconoscibili già da particolari segni morfologici. Secondo il R. nelle schizofrenie spiccherebbe anzi tutto il sintomo delle bizzarrie, dell'incongruenza tra pensiero, sentimento e azione, sintomo però riscontrabile anche in altre malattie quando insorgano su base degenerativa, non esclusa tra di esse la frenosi maniaco-depressiva. Più caratteristica sarebbe la ottusità emotiva che però non è sempre dello stesso grado e in alcuni casi è, almeno in parte, apparente. La catatonia può dare di queste apparenze; è una complicazione neuropatica di varie psicosi e pur talvolta della frenosi maniaco-depressiva, producente intoppo di varie manifestazioni motorie fra cui quelle rivelatrici di uno stato emozionale. In altre forme, le paranoidi caratterizzate dalla mancanza di risentimento delle idee morbose nella vita emotiva e nella condotta, l'indifferenza è spiegabile con l'appagamento che i soggetti traggono dalle costruzioni estremamente bizzarre ed assurde, tanto da sorgere il dubbio se trattisi di vero delirio o di giuoco di fantasia. Unica forma con ottusità reale, completa, sarebbe l'ebefrenia, in cui l'esecuzione degli atti non è accompagnata da quei risvegli di tendenze, or affini or contrastanti, che nei normali si traducono in emozioni lievissime e dànno agli atti stessi un colorito analogo al timbro degli strumenti musicali. Occorrerà chiarire quali lesioni corrispondano a queste diverse forme e quanta parte vi abbiano fra l'altro i disturbi endocrinici.

Sulla relazione prendono la parola i proff. MORSELLI, DEL GRECO, BIANCHINI, RONCORONI, MODENA, TREVES, ANSALONE, MINGAZZINI. Agli OO., che hanno avuto tutti parole di vivo elogio per il relatore, risponde il prof. MONTESANO.

Il prof. G. C. FERRARI legge la sua relazione sul « *Trattamento dei delinquenti pazzi* » secondo il progetto del Codice Penale. Nella discussione che ne segue prendono la parola i proff. MORSELLI, AGOSTINI, RONCORONI, DI TULLIO, ALBERTI, l'on. CAZZAMALLI e il prof. CONSIGLIO che presenta un ordine del giorno di plauso all'opera della Commissione per la riforma del Codice Penale.

Dò un elenco delle interessanti *comunicazioni* svolte al Congresso, trattenendomi, per brevità, solo su alcune di esse.

DEL GRECO (Aquila). — L'idea di costituzione in Psichiatria.

ALBERTI (Pesaro). — Isolamento e cura dei tubercolosi nei Manicomi.

SANGUINETTI (Napoli). — Ricerche psicologiche e psiconometriche in parkinsoniani postencefalitici.

SALMON (Firenze). — La bradicinesia postencefalitica.

BONARELLI-MODENA (Ancona). — Forme larvate di encefalite.

TREVES (Torino). — *a)* Socrate psicoanalista e psicoterapista;

b) Psiconevrosi, criminalità e pazzia.

LEVI (Roma). — Finalità e attività dell'Istituto italiano d'Igiene, previdenza e assistenza sociale.

RUATA (Pesaro). — Opoterapia pluriglandolare nell'idiozia mixedematosa di alto grado.

SALMON (Firenze). — L'ipersecrezione del liquor considerata come uno dei più importanti elementi patogenetici delle crisi epilettiche.

ANSALONE (Napoli). — Contributo all' istologia patologica della demenza precoce (con presentazione di preparati).

AGOSTINI (Perugia). — Il trattamento degli alienati insanabili nei rapporti di una maggiore economia nei bilanci provinciali.

PISANI (Roma). — La reazione del mastice nel liquor.

CIARLA (Milano). — *a)* Nuove forme della spirocheta nella sifilide. Loro assenza nella paralisi progressiva e nella tabe (con presentazione di preparati);

b) Nuovi studi sulla natura delle malattie mentali finora ritenute criptogenetiche.

AYALA (Roma). — *a)* Di un'anomalia di sviluppo non ancora descritta del corpo calloso, osservata in un frenastenico epilettico;

b) Contributo alla conoscenza delle lesioni istopatologiche della demenza paralitica infantogiovanile.

COSTANTINI (Roma). — Studio clinico ed anatomo-patologico di un caso di sclerosi a piastre.

CONSIGLIO (Roma). — Revisione delle pensioni di guerra nelle malattie mentali e nervose.

COLUCCI (Napoli). — Presentazione di fotografie relative ad un cervello di bue con un solo emisfero.

RONCORONI (Modena). — La dottrina dei campi corticali architettonici e le malattie mentali (considerazioni generali).

Sopra alcuni criteri diagnostici differenziali fra Choroidoependimitis serosa e Tumor cerebri.

G. AYALA (Roma). — L'O. afferma che criteri differenziali molto utili si possono trarre dalla valutazione della pressione del liquor ottenuto con la P.L. misurata col manometro di Claud e col suo «Rachimanometro».

Nei tumori cerebrali in generale la pressione iniziale è molto alta (70-120 cm. H_2O) la quantità di liquido estraibile per riportare la pressione alla norma è scarsa, il quoziente rachidiano è basso, e la pressione iniziale nelle punture successive tende ad alzarsi. Invece nelle varie forme delle coroidoependimiti sierose la pressione iniziale è aumentata, ma solo eccezionalmente raggiunge le cifre ottenute nei tumori cerebrali, la quantità di liquor estraibile è sempre relativamente abbondante, il q. r. è alto per lo meno il doppio di quello ottenuto nei tumori cerebrali e la pressione iniziale nelle successive P. L. eseguite ad intervalli brevi e regolari tende a decrescere. A ciò si aggiunga che le variazioni e le oscillazioni della pressione rachidiana sincrone alle escursioni respiratorie o determinate dalla iperflessione, dalla deflessione del capo o dalla compressione delle giugulari, ecc., sono per lo più meno ampie o mancano nei casi di tumori cerebrali, specie in quelli della fossa cranica posteriore, mentre nella coroidoependimite sierosa sono sempre presenti e spesso più ampie dell'ordinario. Infine a favore dell'ipotesi di tumore cerebrale sta l'insorgere di un dolore acuto alla nuca e raramente alla fronte alla fine della P. L. e la positività di una delle reazioni colloidali sul liquor, reazioni che sono sempre negative nella coroidoependimite sierosa.

I pigmenti emosiderinici nella paralisi progressiva.

DE SANCTIS CARLO (Roma). — L'O. ha ripreso le ricerche iniziate da Bonfiglio ed ha stabilito che l'emosiderina si riscontra costantemente nella P. P. e che può osservarsi nell'interno dei plasmatociti.

Sulle zolle di disintegrazione di Buscaino.

SALUSTRI ENRICO (Roma). — Da numerose ricerche dell'O. risulta che queste zolle di disintegrazione altro non sono che artefatti di tecnica.

Produzione sperimentale dei prodotti di disfacimento basofilo-metacromatici.

SINISCALCHI RAFFAELE (Roma). — L'O. dimostra con microfotografie che i prodotti di disfacimento basofilo-metacromatici descritti da Bonfiglio, derivano dalla distruzione delle guaine mieliniche. Contrariamente al Biondi afferma che il metodo Bonfiglio è un metodo di colorazione elettivo per questi prodotti.

Sulla radioterapia dei tumori del sistema nervoso centrale.

G. ARTOM e BOLAFFI (Roma). — Gli OO. hanno applicato la radioterapia coi metodi più moderni in 14 casi di tumori del sistema nervoso centrale ottenendo remissione dei sintomi generali e dei disturbi dell'equilibrio per periodi da parecchie settimane a parecchi mesi. Dopo le applicazioni osservarono temporaneo aumento del vomito e cefalea, tachicardia, iperemia congiuntivale, edema palpebrale, radiodermite lieve. Un grave inconveniente constatato talvolta e particolarmente nei tumori del cervelletto, è costituito dal peggioramento del visus con rapida formazione della papilla da stasi in atrofia. Questo viene dagli OO. spiegato mediante lesioni vasali provocate dai raggi. In un caso si ebbe morte improvvisa della paziente con sintomi di paralisi cardiaca acuta rimasta inesplicata, all'esame anatomico macroscopico.

Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori della parte posteriore del lobo temporale.

Prof. G. FUMAROLA (Roma). — L'O. illustra un caso di gomma della porzione posteriore della T 3 di sinistra, la cui sintomatologia conferma la sindrome che il prof. Mingazzini ha descritto per quest'area corticale.

Numerose altre comunicazioni furono solo presentate ma non svolte (alcune per mancanza di tempo) dai proff. Bonfiglio, Roncoroni, Pieraccini, Zanon Dal Bò, Antonini, Corberi, Guidi, Bigoni, Fornaca, Menidicini, Micheli, Pighini, Volpi-Ghirardini, Zilocchi.

L'importante Congresso si è chiuso con una conferenza sulla «*Neuropsichiatria infantile*» del prof. SANTE DE SANCTIS che volle lasciare per commiato un programma di lavoro. L'O. illustra le numerose istituzioni sorte all'estero per lo studio dei disturbi psichici dell'età infantile e tratta a lungo e magistralmente dei vasti problemi scientifici connessi a questa speciale disciplina. L'O. finisce la sua dotta e applaudita conferenza proponendo che si sviluppino e attivino medicalmente i reparti «piccoli» o «idioti» nei pubblici Manicomi, che si aprano Ambulatori per le malattie nervose e mentali dell'infanzia, che nelle Cliniche pediatriche e negli ospedali destinati all'infanzia vi siano sezioni anche per neuropsicopatici, che si trasformino i modesti periodici dedicati alla infanzia anormale in Archivi e Riviste di neuropsichiatria infantile, che si riserbi nei Congressi psichiatrici e pediatrici una sezione per la neuropsichiatria infantile, che, insomma, si faccia nei margini della psichiatria e della pediatria una specialità a parte della Neuropsichiatria infantile.

Dott. D. PISANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SIFILOGRAFIA.

Un caso di febbre sifilitica essenziale.

Un soldato di 34 anni entra nel maggio 1922 nell'Ospedale di Montevideo (Justo Montes Pareja, *Revista médica del Uruguay*, n. 12, 1922), poichè da un anno diceva di soffrire di anoressia, lenta digestione, senso di peso all'epigastrio, con insonnia, abbondanti sudorazioni notturne, febbre non rara.

Nel 1911 aveva contratto ulcera sifilitica e nel 1910 blenorragia con artrite gonococcica del ginocchio sinistro.

All'esame obiettivo: nutrizione deficiente, febbre persistente, quasi continua, con esacerbazioni serali fino a 39° e 40°, con remissioni incomplete il mattino. All'epigastrio modico dolore; stomaco ptosico; fegato un dito sotto l'arco costale; pleurite apicale sinistra. Reazione Wassermann positiva, urine con albumina scarsa e tracce di urobilina.

Radioscopicamente il torace appare normale, lo stomaco ptosico.

Istituita la cura del riposo ed un trattamento antitubercolare, lo stato generale e la febbre non si modificano. Inutili riescono la chinina, l'acido salicilico, ecc., contro la febbre. Negativa è l'emocultura, la sierodiagnosi di Widal, la ricerca del parassita malarico, la ricerca di amebe.

Il p. ha scariche diarroiche, fetide, oscure; la cura con emetina è inutile, l'esame delle feci pel sangue negativo.

Giunge così l'A. dopo un mese a circoscrivere la forma morbosa entro il quadro di una cirrosi epatica, ipertrofica, tubercolare, anascitica, o di una cirrosi venosa semplice o di una epatite sifilitica ipertrofica.

Con adatta dieta, la diarrea scompare: persiste la febbre. Si pratica una iniezione di mercurio, poi biioduro a dosi crescenti. Alla quarta iniezione la temperatura scende a 36°: il giorno seguente raggiunge 37°.2, poi è apirettico. Sospeso il mercurio, riappare la febbre: una iniezione di trepol e due giorni dopo la febbre cessa definitivamente, migliora lo stato generale, l'appetito, aumenta il peso.

Una nuova Wassermann riesce negativa. Sappiamo che la rarità della febbre in questione porta facilmente ad errori diagnostici. I caratteri clinici che se ne hanno sono i seguenti: febbre prolungata, di diverso tipo, con o senza interessamento dello stato generale, resistenza agli antitermici, sensibilità estrema al trattamento specifico. MONT.

Contributo allo studio della sifilide nervosa.

Urechia e Elekes (*L'Encéphale*, 1922, n. 10), segnalano un caso di notevoli lesioni riscontrate nel cervello di un paraplegico, allo scopo di mostrare e confermare che la sifilide del midollo, al contrario di quanto ammettevasi fino a poco tempo fa, può produrre notevoli lesioni nel cervello, lesioni che possono rimanere latenti per molto tempo.

Si trattava, brevemente riassumendo, di un cinquantatreenne, con paraplegia sifilitica del midollo, deceduto in seguito ad una pielo-nefrite. All'autopsia furono constatate lesioni caratteristiche di meningo-mielite, lesioni che interessavano nello stesso tempo i filetti nervosi a livello della lesione. Benchè il malato non presentasse alcun sintoma psichico od a focolaio del cervello, in più punti si riscontrarono lesioni isolate di endoarterite sifilitica dei piccoli vasi; nello stesso tempo furono trovati nel cervello dei noduli sifilitici e delle rosette gliali. Ciò dimostra che le lesioni anatomiche possono precedere l'apparizione di numerosi sintomi psichici.

Gli AA. discutono il fatto che nel loro p. le prove sierologiche erano negative sia nel siero che nel sangue: è una cosa ben conosciuta del resto, che la deviazione del complemento non è sempre positiva in caso di sifilide aperta: recentemente Jakob, Kafka, Plaut ed altri hanno dimostrato che si tratta, il più spesso, di forme anomali di sifilide cerebrale: paralisi generale stazionaria, forme schizofrenoide, ecc. L'endoarterite dei piccoli vasi si accompagna spesso a reazioni negative. Secondo Kafka, la endoarterite si accompagna a reazioni positive nei casi nei quali si combini a lesioni infiammatorie delle meningi.

In un altro caso brevemente descritto dagli AA., riguarda un cinquantunenne affetto da paralisi generale: all'esame microscopico del cervello furono rinvenute le lesioni classiche, tuttavia in una regione vicino alla sostanza grigia si trovò una gomma miliarica, costituita da una piccola necrosi centrale e da un ammasso di linfociti e di plasmatociti: verso la periferia della gomma si trovarono dei cilindrassi terminanti a bolla od a masso. Gli AA. si intrattengono sul significato dei noduli linfocitari, concludendo che si tratta di una questione non completamente risoluta.

MONT.

Cura di alcune manifestazioni viscerali della sifilide.

Harrison (*The Lancet*, 6 gennaio 1923) in un lungo articolo espone i metodi moderni di cura delle varie manifestazioni dell'infezione sifilitica, soffermandosi specialmente sul trattamento, di quelle presentate tardivamente dagli organi toracici ed addominali.

Nella miocardite ha ottenuto risultati incoraggianti dalle iniezioni sottocutanee di solfarsenol (da 30 a 50 cgr.) combinate con la somministrazione orale di biioduro di mercurio (otto pillole al giorno da mezzo cgr. ciascuna). Il soggetto deve essere naturalmente tenuto durante la cura ad un regime confaciente per un cardiopaziente.

Le miocarditi accompagnate da endoarterite delle coronarie si giovano della somministrazione di piccole dosi di arsenobenzolo due volte la settimana.

Negli aneurismi si può invece ricorrere a grandi dosi degli stessi preparati senza pericolo. Si ottiene così un arresto nella progressiva alterazione della parete vasale.

Per le manifestazioni della sifilide del fegato gli arsenobenzoli devono essere adoperati con precauzione a causa degli effetti tossici di tali preparati, sulla cellula epatica. È raccomandabile di assoggettare i pazienti durante la cura ad una dieta ingrassante con carboidrati, perchè le cellule epatiche cariche di glicogeno sono meno sensibili all'azione di veleni, come il cloroformio e gli arsenobenzoli. L'applicazione di questo metodo ha ridotto il numero delle manifestazioni itteriche durante le cure arsenobenzoliche.

La sifilide viscerale, e specie quella gastrica, sembra più diffusa di quel che generalmente si era creduto fino a poc'anzi. Molte affezioni che sintomatologicamente somigliano al carcinoma ed all'ulcera dello stomaco o alla gastrite cronica sono invece l'espressione di lesioni sifilitiche, e migliorano e guariscono con cure specifiche.

In ogni caso quindi di malattie gastriche conviene porsi il quesito della loro probabile origine luetica. Il trattamento è analogo a quello di ogni altra manifestazione della sifilide.

Dr.

Caso raro di lue surrenale.

Morbo di Addison in un bambino di 12 anni, con Wassermann positiva. Un'energica cura antiluetica migliorò tutti i sintomi: i primi a scomparire furono l'astenia e la pigmentazione abnorme. In seguito regredirono anche gli altri sintomi (anemia), soltanto la bassa pressione del sangue rimase immutata.

(Crohn. *Med. Klin.*, n. 48, 1922).

Pollitzer.

MEDICINA SOCIALE.

Gli asili industriali.

La protezione della operaia madre e della sua prole è uno dei più importanti problemi di igiene sociale dal punto di vista del benessere delle future generazioni.

L'operaia madre, di fatto, costretta a rimanere lontana dalla sua casa per tutto il tempo in cui è occupata al lavoro, deve affidare il bambino lattante all'allattamento artificiale o mercenario, e quello divezzo alla custodia di persone inesperte, sicchè ne seguono frequenti malattie gastrointestinali che sono la causa dell'elevata mortalità infantile e dell'infralimento dei teneri organismi. In verità la legge prescrive che negli stabilimenti in cui sono occupate almeno 50 donne vi sia una sala di allattamento; in pratica però la sala manca od è una stanza adattata alla meglio, che non viene nemmeno usufruita, mancando alle operaie la possibilità di far venire i propri bambini per la lontananza delle abitazioni. Lo scopo verrebbe raggiunto invece quando si istituissero negli stessi stabilmenti o nelle loro vicinanze, degli asili in cui i bambini venissero ricoverati sotto la direzione di donne e la vigilanza del medico, in modo che le madri potessero recarvisi ad ore determinate per allattarli; in essi dovrebbero altresì tenersi anche i bambini divezzi da 1 a 3 anni in modo da prevenire le malattie gastrointestinali determinate da incongrua alimentazione e da deficiente assistenza igienica. Lo Stato ha dato di questi asili un ottimo esempio nelle Manifatture di tabacchi, raggiungendo eccellenti risultati.

Su proposta del prof. A. Ranelletti, Ispettore medico del lavoro, l'Ufficio municipale del lavoro di Roma e la Croce Rossa Italiana, con la collaborazione della Direzione generale di Sanità e con il contributo della Unione Stearinerie Lanza, hanno fondato in Roma un primo asilo industriale. Esso ricovera in media 20-30 bambini al giorno per la maggior parte lattanti; le madri vi si recano tre volte al giorno dai vicini stabilimenti per l'allattamento; i bambini divezzi vi ricevono due refezioni al giorno. L'asilo è integrato da consultazioni gratuite per le madri allattanti e per le gestanti, in modo da garantire sempre meglio le funzioni della maternità. I risultati sono quanto mai incoraggianti, come è dimostrato dal fisiologico aumento del peso e dalle migliorate condizioni generali. È da augurarsi che sull'esempio di questo primo asilo dovuto all'iniziativa del prof. Ranelletti, altri ne sorgano in Roma ed in Italia, per il maggior benessere delle giovani generazioni.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Il nuovo regolamento per le scuole di ostetricia.

La *Gazzetta Ufficiale* del 26 aprile, n. 98, pubblica il testo del nuovo regolamento per le scuole di ostetricia, approvato con decreto Reale 11 gennaio 1923, n. 838.

Segnaliamo le disposizioni più importanti.

Gli studi per il conseguimento del diploma, che abilita all'esercizio della professione di Levatrice devono compiersi nelle scuole annesse alle Cliniche ostetrico-ginecologiche delle Università e degli Istituti di studi superiori di grado universitario od in quelle esistenti nelle città di Aquila, Arezzo, Bari, Catanzaro, Novara, Verona, Trieste.

Il personale delle scuole di ostetricia comprende oltre i professori-direttori, gli aiuti, gli assistenti, le levatrici maestre e le levatrici assistenti.

Il professore direttore della Clinica ostetrico-ginecologica delle RR. Università e degli Istituti superiori è anche professore e direttore dell'annessa scuola per le levatrici.

Per tutte le altre scuole i professori sono nominati per concorso o per trasferimento, secondo le norme in vigore per i professori universitari.

I professori hanno l'obbligo di impiegare nell'insegnamento non meno di sei ore settimanali.

La nomina del personale assistente sarà fatta con le norme vigenti per il personale assistente universitario.

La nomina delle levatrici maestre e assistenti è fatta dal Ministero.

Coloro che aspirano ad essere ammesse alle scuole dovranno aver compiuto l'età di anni 18 e non superati gli anni 30.

Le aspiranti devono sostenere un esame di ammissione, se non abbiano conseguita la licenza complementare o la licenza da scuola tecnica o la promozione alla 4ª classe del ginnasio. L'insegnamento è teorico-pratico, ma sempre ampiamente dimostrativo.

Gli esami del corso sono due: il primo si dà alla fine del corso teorico; il secondo al termine del biennio.

L'esame di diploma non può essere dato più di tre volte.

Disposizioni per il personale alienistico dei manicomi giudiziari.

La *Gazzetta Ufficiale* del 25 aprile, n. 97, pubblica il testo del decreto 25 marzo 1923, n. 867, che provvede alla sistemazione del personale alienistico dei Manicomi giudiziari.

I direttori alienisti sono nominati in seguito a concorso pubblico per titoli scientifici e pratici. Gli aspiranti devono provare di aver prestato servizio in Manicomi pubblici o in Cliniche psichiatriche per almeno un quadriennio.

Anche i medici assistenti sono nominati in seguito a concorso pubblico. Gli aspiranti devono dimostrare la competenza tecnica acquistata per studi speciali compiuti o per servizi prestati in Manicomi o in Cliniche psichiatriche. Gli art. 4 e 5 riguardano le promozioni.

Al personale tecnico alienistico si applicano le disposizioni vigenti sullo stato giuridico ed economico degl'impiegati dello Stato.

Nuove disposizioni circa la corresponsione delle indennità caro viveri.

Con decreto Reale 5 aprile 1923, n. 853 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 aprile, n. 28) sono state emanate nuove disposizioni per le indennità caro-viveri. Le indennità mensili stabilite col 1° comma dell'art. 1 del D. L. 14 settembre 1918, n. 1314 e col 1° comma dell'art. 1 del decreto 20 luglio 1919, n. 1232 e relative loro modificazioni ed estensioni, sono conservate nella misura di L. 100 ciascuna soltanto per coloro che hanno coniuge oppure uno o più figli: per tutti gli altri sono ridotte a L. 65 ciascuna.

La indennità suppletiva di L. 0.85, di cui all'art. 3 del D. L. 14 settembre 1918, n. 1314 e relative modificazioni ed estensioni è conservata unicamente ai coniugati per ogni figlio in più di tre e «ai non coniugati per ogni figlio in più di quattro».

La indennità suppletiva, di cui all'art. 2 del D. L. 3 giugno 1920, n. 737, è conservata pure in ragione di L. 0.85 giornaliera, unicamente per ogni figlio e per il coniuge.

Non si tiene conto dei figli che abbiano raggiunto il 18° anno di età. L'importo complessivo delle indennità non può eccedere il doppio dello stipendio.

Le indennità sono conservate nei casi di aspettativa per motivi di salute; sono ridotte nella stessa proporzione della riduzione dello stipendio, durante la disponibilità e sono sospese in tutti gli altri casi di sospensione o riduzione dello stipendio o della retribuzione o del salario.

I reclami per l'applicazione del nuovo decreto sono decisi dal Ministero delle Finanze.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

(È da avvertire che queste disposizioni si applicano agli impiegati degli enti locali in quanto siano state ad essi estese dagli enti medesimi le norme concernenti le indennità caroviveri per gli impiegati dello Stato).

Questo nuovo decreto — forse non ultimo della serie — è poco chiaro. In sostanza, gli impiegati celibi avranno una diminuzione di L. 35 mensili; gli impiegati con prole manterranno tutte le attuali indennità, ma solo per i figli di età inferiore agli anni 18; gli impiegati il cui coniuge sia impiegato non hanno diritto alla indennità suppletiva; le persone a carico per le quali può essere concessa indennità sono solamente il coniuge ed i figli, esclusa ogni altra persona di famiglia.

Per una più rigorosa disciplina dell'esercizio professionale degli stranieri in Italia.

È noto che, di fronte al sistema troppo liberale della legge 22 dicembre 1888, l'art. 1 della legge 1° luglio 1910 seguì un progetto regolando l'esercizio professionale degli stranieri in Italia sulla base della reciprocità.

Con recente decreto — del quale ha dato notizia questa rivista — l'ammissione all'esercizio professionale nel Regno è stata subordinata anche a speciali accordi internazionali in modo che sia consentita di volta in volta, cioè per ciascun accordo, la valutazione scientifica e pratica della laurea conseguita presso le altre Università.

Il fascio medico parlamentare ha assunto la iniziativa di un ulteriore provvedimento restrittivo, ed ha presentato alla Camera dei deputati il seguente disegno di legge:

Articolo unico. — «All'ultimo capoverso dell'art. 53 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, è sostituito il seguente:

«Possono altresì esercitare nel Regno, colonie e suoi protettorati i diplomati di qualche Università o scuola di medicina all'estero, che godendo dei diritti civili, previo esame di cultura generale, abbiano superato gli esami su tutte le materie speciali di insegnamento nella facoltà di medicina e chirurgia ed abbiano, altresì, conseguito il diploma professionale di laurea presso un Istituto del Regno autorizzato a rilasciarlo.

«Con regolamento, previo parere del Consiglio di Stato, saranno stabilite le norme relative agli esami e agli obblighi inerenti all'esercizio della professione sanitaria».

Il disegno di legge è preceduto da una notevole relazione illustrativa.

QUESTIONI PRATICHE.

XXVII. — Medico ferroviario di reparto — Nomina — Residenza.

Quando una norma giuridica o contrattuale prescrive l'obbligo della residenza in una determinata località, senza ulteriore specificazione, non si può, senza una ingiustificata limitazione del letterale significato delle parole adoperate dalla norma stessa, sostituire la parte al tutto. Il Comune omonimo alla località indicata nel bando costituisce una circoscrizione territoriale di cui fanno parte e il capoluogo e le frazioni; e quindi se la norma ha indicato la circoscrizione territoriale, senza ulteriore specificazione ai fini della residenza, questa potrà essere stabilita tanto nel capoluogo quanto nelle frazioni che ne fanno parte (Consiglio di Stato, Sez. IV., decisione 19 dicembre 1922, n. 616, ric. Cecchini).

XXVIII. — Riforme organiche — Limiti.

Secondo i principi costantemente riconosciuti ed applicati dalla giurisprudenza amministrativa, ed anche da quella giudiziaria, la sfera dei diritti acquisiti, che sono dalla legge dichiarati intangibili, non si estende oltre lo stato economico dello impiegato, cioè alla determinazione del corrispettivo dovuto per la prestazione d'opera, restandone escluso tutto quanto concerne l'ordinamento degli uffici, i rapporti gerarchici e disciplinari e le aspirazioni del funzionario a successivi avanzamenti di carriera.

Tutta questa parte deve necessariamente ritenersi rimessa all'insindacabile e discrezionale criterio delle pubbliche amministrazioni, alle quali non può disconoscersi la potestà di introdurre in tempo negli ordinamenti dei pubblici uffici tutte quelle riforme e quelle innovazioni, che siano richieste dall'interesse generale.

Non tutte le riforme organiche debbono essere dirette ad ottenere una economia di spese, ma bensì sonvi riforme rivolte al più spedito e proficuo funzionamento del servizio ed al miglioramento dello stato economico degli impiegati, in relazione allo aumentato costo della vita; nè vi è alcuna disposizione, che obblighi in tal caso le pubbliche amministrazioni ad osservare strettamente una matematica identità di proporzione negli aumenti degli stipendi da assegnarsi alle varie categorie ed ai vari gradi del personale.

(Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 27 novembre 1922, n. 541, ric. Canella).

N. B. — **Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14, Roma (6).**

Ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini si risponde gratuitamente.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso degli Ordini dei Medici.

Nei giorni 28, 29 e 30 aprile u. s. si è riunito a Roma nel salone del Collegio dei Parrucchieri l'VIII Congresso della Federazione degli Ordini dei Medici. La riunione è stata molto numerosa; erano rappresentati tutti gli Ordini del Regno.

Il Consiglio federale era al completo col presidente prof. Silvagni, di Bologna, ed i professori: Garosci, di Torino; Sala, di Napoli; Braccini, di Terni; Tonioli, di Bologna; Zambler, di Padova; Lazzè, di Roma.

Erano pure presenti gli onorevoli Cirincione e Capasso; nonchè i proff. Ettore Torti e Antonio Gazzella per l'Associazione nazionale veterinaria; dott. De Mercurio e avv. Pesce per la Federazione degli ordini dei farmacisti; dott.ssa Lollini per l'Associazione tra le laureate in medicina; prof. Bellinzona per l'Associazione stomatologica ed altre associazioni.

La seduta inaugurale fu aperta dal prof. Silvagni il quale ringrazia i colleghi intervenuti da ogni parte d'Italia all'odierno Congresso per recarvi il loro prezioso contributo di idee e di propositi. Rivolge un caldo saluto ai rappresentanti degli Ordini delle levatrici, dei farmacisti, dei veterinari, delle laureate in medicina, dell'Associazione stomatologica, al presidente del gruppo medico parlamentare on. Cirincione ed all'on. Capasso, presenti all'adunanza. Comunica l'adesione del sen. Pestalozza e dichiarando aperto l'VIII Congresso, esprime l'augurio che esso, per l'importanza degli argomenti da trattare, sia fecondo di conclusioni pratiche e precise e rispecchi fedelmente il pensiero e le aspirazioni della classe medica italiana. Rivolge un commosso pensiero alla memoria dei compianti colleghi: Galvani, di Zara; Salvetti, di Bologna; Fischetti, di S. Remo, e Pugliesi, di Firenze, di cui ricorda le benemerenze di studiosi e di filantropi. Chiude, tra vivi applausi, annunziando che la Federazione annovera nel suo seno anche i medici di Fiume e ciò per confermare il sentimento di italianità che ha sempre animato l'organizzazione.

Il dott. Borini di Torino propone, e l'assemblea approva, d'inviare un telegramma di augurio e saluto all'on. Mussolini.

Si procede alla costituzione dell'ufficio di presidenza ed alla carica di presidente viene confermato il prof. Silvagni, fatto segno ad una calorosa dimostrazione di simpatia. A segretari vengono nominati i dottori Danioni, di Biella, Tonioli, di Bologna, e Schenardi, di Treviso.

Per la verifica dei poteri sono eletti i professori Braccini, di Terni; Felici, di Ancona, e Borghierini, di Padova. All'ufficio di scrutatori sono chiamati i professori Riva, di Parma, e Passamonti, di Ascoli.

Si imprende quindi lo svolgimento della relazione morale che viene esposta lucidamente e dettagliatamente dal presidente della Federazione prof. Luigi Silvagni. L'oratore illustrando il funzionamento della organizzazione federale avverte innanzi tutto, che la riduzione del numero dei consiglieri ha recato notevole beneficio nello svolgimento della sua attività; segnala quindi alla gratitudine dei colleghi l'opera spesa dal prof. Tonioli in favore del giornale di classe, dal prof. Braccio Braccini per la parte amministrativa, dal prof. Garosci per la legge sugli ordini, dal prof. Sava per il Mezzogiorno, dal prof. Lazzè per il disbrigo delle pratiche coi ministeri, dal prof. Zambler per la partecipazione al Comitato per la celebrazione del medico di guerra. Comunica che il regolamento federale è stato compilato mentre l'attività dei singoli Ordini è andata notevolmente aumentando. Rende noto un'aggiunta all'ordine del giorno col tema proposto dal dott. Pullè di Forlì sulla statizzazione delle condotte e passa in rassegna tutti gli altri argomenti posti in discussione, argomenti di cui rileva la grande importanza. Annunzia che il Consiglio superiore di Sanità è ora privo del rappresentante della classe per le dimissioni del collega Martinelli e richiama l'attenzione del Congresso sulla necessità che nel consesso della sanità pubblica i suoi componenti abbiano cognizione delle aspirazioni delle classi sanitarie. L'oratore accenna ai vari Congressi e convegni seguitisi in Italia ed a quello dei lavoratori intellettuali tenutosi a Parigi in cui fu rappresentata la federazione dal prof. Franchini ed annuncia poi le altre manifestazioni o istituzioni cui fu chiamata, in rappresentanza della classe, la presidenza generale.

La Federazione poi ha svolto la propria attività in favore delle condotte presidenziali, dei medici carcerarii, di quelli dei convitti nazionali, degli assistenti universitari, dei medici odontoiatri, dei sanitari coloniali, dei medici di bordo, ecc. La Federazione curò i rapporti coi medici italiani all'estero, si interessò alla nomina, avvenuta senza concorso, di un chirurgo nell'ospedale per gli infortunati a Torino, ed adoperandosi altresì perchè i medici della Cassa Nazionale di previdenza siano nominati in avvenire per concorso. Richiama gli Ordini a denunciare coloro che non vi sono iscritti e dopo aver esposto tutte le vertenze tra medici risolte onorevolmente per l'intervento del Consiglio federale informa l'assemblea come uno dei decreti, di prossima pubblicazione, sia quello relativo all'estensione di tutte le nostre leggi sanitarie alle provincie redente.

Esamina ed analizza gli altri decreti riguardanti i medici rimpatriati per le guerre, l'esercizio in Italia dei medici stranieri ed il licenziamento del personale esuberante delle amministrazioni pubbliche e dopo aver dato conto di tutta l'opera svolta su cui invita l'assemblea a discutere liberamente termina formulando i migliori auguri per la prosperità della classe, prosperità che si identifica con l'avvenire della nostra Patria. Una-

nimi calorosi applausi prorompono alla fine del discorso del prof. Silvagni cui l'assemblea rinnova la propria calda simpatia. Sulla relazione pronunziano notevoli ed applauditi discorsi: Venturelli, di Zara, Rena, di Bari, l'on. Capasso, Riva, di Brescia, Torti presidente dell'Associazione veterinaria; Beschi, di Ferrara, Oriani, di Vicenza, Martinelli, di Sondrio, De Majo, di Napoli ed altri. Infine si approva la relazione morale con un plauso al prof. Silvagni.

Approvata la relazione, il Congresso sanziona la relazione della Commissione per la verifica dei poteri, esposta dal dott. Braccio Braccini di Terni. Il prof. Silvagni comunica quindi le adesioni pervenute, tra cui quella dell'on. Guaccero. Si passa poi ad approvare la relazione del revisore dei conti prof. Passamonti, nonchè quella finanziaria illustrata lucidamente dal prof. Braccini. Dopo l'invio di un telegramma di saluto al prof. Augusto Rolli presidente dell'Ordine dei medici di Zara, e di un altro di condoglianza alla famiglia del compianto prof. Remedi di Siena, il congresso delibera un aumento della quota federale.

La discussione della quistione delle assicurazioni obbligatorie contro le malattie è molto animata. In merito, dopo il rigetto di una proposta sospensiva presentata dal dott. Gandolfi di Piacenza, prende la parola il presidente prof. Silvagni, che svolge un'interessante relazione.

Con un ordine del giorno del prof. Gandolfi di Piacenza si approva l'opera e la condotta del presidente prof. Silvagni e del consiglio federale, e si passa alla discussione sul *referendum*.

Vengono illustrati e presentati ordini del giorno dai proff. Gabrielli, Filè-Bonazzola, De Maio, Fatichi, Nardi ed altri.

Si approva ad unanimità un ordine del giorno di Gabrielli ed un altro di Nardi.

Nell'ultima seduta prende la parola il prof. Sava di Napoli, il quale si occupa con una interessante relazione dell'applicazione della legge sulle tariffe penali. Sullo stesso argomento svolgono analoghe comunicazioni i proff. Tonelli di Parma, Bertoldi di Reggio Emilia, De Majo di Napoli e Bentivegna di Palermo.

Sull'«Albo d'Oro» dei Medici morti in guerra e monumento del Medico caduto in guerra si approva la relazione del dott. Zambler di Padova, dopo aver tributato un plauso al prof. Silvagni che fu l'ispiratore ed il primo esecutore delle onoranze stesse. Si approva anche l'invio d'un telegramma di omaggio e ringraziamento a Gabriele d'Annunzio per avere accettato l'incarico di dettare la prefazione all'Albo d'onore.

Si approva, dopo elevata discussione da parte dei professori Molinari, Nardi, Oriani, Renna, Fatichi, Torti, la relazione del dott. Salpietra col seguente ordine del giorno che la compendia:

«Il Congresso; constatato che per il mutato spirito dei tempi e l'insufficienza della legge gli Ordini non possono realizzare le rivendicazioni dei diritti di ogni categoria di medici e l'adempimento dei doveri di essi se non si trasformano in corporazioni sindacali legali; fa voti: che il Governo nazionale raggruppando in unica corporazione tutte le forze sanitarie del Paese dia agli Ordini attributi sindacali legali».

Il Congresso si occupa poi dell'esercizio abusivo ed approva le conclusioni illustrate dal dott. Palomba della Associazione italiana per l'Igiene.

Si prendono in seguito importanti deliberazioni su questioni relative: ai medici specialisti, agli studi universitari, ai concorsi nelle amministrazioni locali.

Infine il Congresso si chiude con un discorso di saluto del presidente prof Silvagni.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione della sottoscrizione, vedi fasc. 19*).

(TRENTO):

Dott. Ciurcentaler	L. 25 —
Dott. Gilardi	» 20 —
Dott. Rostirolla	» 25 —
Dott. Merler	» 10 —
Dott. Gilli	» 50 —
Dott. Moraldi	» 10 —
Dott. Bezzi	» 20 —
Dott. Moser	» 10 —
Dott. Lachmaun Giuseppe	» 25 —
Dott. Lachmaan Carlo	» 25 —
Dott. Zambra	» 20 —

(VERONA):

Col. Med. Tomba	L. 60 —
Ten. Col. Med. Brunello	» 50 —
Cap. Med. Fanelli	» 80 —
Cap. Med. Vita	» 80 —
Ten. Med. Monastra	» 70 —
Cap. Med. Ricolo	» 24.75

(VARIE):

Magg. Gen. Med. Vicedomini (Bari)	L. 100 —
Col. Med. Donini (Pesaro)	» 100 —
Col. Med. Fascia (Foggia)	» 50 —
Col. Med. Guarnieru (Bari)	» 50 —
Ten. Col. Med. Gallerani (Macerata)	» 50 —
Ten. Col. Med. Germano (Bari)	» 50 —
Ten. Col. Med. Lucciola (Bari)	» 120 —
Ten. Col. Med. Rainone (Foggia)	» 30 —
Magg. Medico Antognoli (Mozzo d'Alba)	» 50 —
Magg. Med. Bacchiese (Iesi)	» 50 —
Magg. Med. Corugno (Bari)	» 25 —
Magg. Med. Concetti (Ascoli)	» 10 —
Magg. Med. Natalucci (Portocivitanova)	» 36.50
Magg. Med. Palombari (Fermo)	» 50 —
Magg. Med. Salvatore (Bari)	» 50 —
Dott. Umar (Urbino)	» 20 —
Dott. Antonacci (Barisciano - Aquila)	» 30 —
Dott. Arditi (Presiece)	» 10 —
Dott. Abbenante (Apricena)	» 30 —
Dott. Antonelli (Leonessa)	» 50 —
Dott. Amicarelli (Acciano)	» 20 —
Dott. Abbate (S. Cassano)	» 50 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 20 mag. L. 6000 e 5 quadr. dec.; c.-v.; L. 2500 mezzo trasp.; lire 100 ogni gruppo di 50 pov. o frazione in più di 1000; L. 400 se uff. san.

CAERANO DI S. MARCO (*Treviso*). — Stip. L. 6000 fino a 1000 pov.; L. 2 ogni pov. in più; cinque aumenti quinq. del decimo; L. 2500 mezzo trasporto. Obbl. cavallo od automezzo; L. 400 uff. san. Doppia indenn. c.-v. temp. Alloggio verso pigione di L. 360. Scad. ore 12 31 maggio. Età limite 40 per chi non presti servizio condotta.

CATANZARO. — Condotta pel villaggio Gagliano; scad. ore 12 del 30 mag. Età lim. 45. L. 4000 (*sic*) e 5 quadrienni decimo, L. 500 (*sic*) per vettura, un c.-v.

CERDA (*Palermo*). — Scad. 31 mag. L. 5000 fino a 500 pov., addizion. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; primo c.-v.

CHIESA-LANZADA-CASPOGGIO (*Sondrio*). — Consorzio con resid. a Chiesa. Abit. 4300 dei quali 350 cura gratuita. Stip. lordo L. 6000 elevabile, dopo biennio di prova, a L. 6500, oltre L. 1380 ind. trasferta e L. 500 uff. san., più due indenn. caro-viveri. Scad. 31 maggio. Rivolgersi Sindaco di Chiesa.

CHIETI. *Congregaz. di Carità*. — Due assistenti nel Reparto Chirurgico dell' Ospedale Civile; lire 2014 (*sic*) annue, c.-v. e altri proventi. Docum. alla Presid. Scad. ore 12 del 20 mag. Laurea da tre anni.

FOGGIA *R. Prefettura*. — Scad 30 mag.; 19 posti di uff. san., dei quali 14 a L. 1000; per Vicote a L. 2500, Castelnuovo della Daunia a L. 2750, Bovino e Rodi Garganico a L. 4000, Ortanuova a lire 4500. Esami. Biennio di prova. Serv. entro 30 g.

FOLIGNO. *Congregazione di Carità*. — Due aiuti med.-chir., uno assegnato al reparto med., l'altro al chir., presso l'Ospedale di S. Giov. Batt. L. 5000 lorde e 1° c.-v. Titoli: saranno apprezzati titoli comprovanti pratica di tecnica microscop., di ricerche di laborat. ed una sufficiente pratica chirurg. Votazioni negli esami speciali. Eventualm. esami. Scad. 40 giorni dal 25 apr. Serv. entro 15 giorni.

GORIZIA (*Udine*). *Cassa Distrettuale*. — Capo medico; L. 27,000. Rinunzia all'esercizio libero. Periodo reciproco di prova per un anno. Scad. 15 maggio.

MILANO. *Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche con reparto clinico ospitaliero*. — Dirigente la Sezione Ambulatoria di Medicina legale infortunistica. Titoli, scad. 31 maggio. Presentare docum. di rito e titoli scientifici alla Direzione Medica dell'Istituto, via Arena, 40.

MODENA. *Congregaz. di Carità*. — Tre posti gratuiti di primario effettivo di medicina, di chirurgia e ostetrico-ginecologico, nell'Ospedale; titoli ed eventualm. esami. Età 30-44 anni; laurea da 6 anni: triennio in Ospedale o Clinica universitaria. Nomina e conferme triennali non oltre il 50° anno. Domande alla Congregaz. (via S. Agostino, 20) non oltre il 26 maggio.

ROMA. *Ministero della Marina*. — 24 tenenti medici in S. A. P. Esami. Sono ammessi i ten. e s. ten. di complem. della R. Mar. e del R. Eser. e i medici civili; per questi ultimi lim. di età 30. L. 7500 oltre L. 2500 indenn. profess., L. 220 mens. indenn. militare e c.-v.; per gli uff. di complem. sarà tenuto conto del serv. prestato durante la guerra per il conseguim. dell'aumento quadrienn. di L. 800. Chiedere bando di concorso, istruzioni e programmi all'Ispettorato di Sanità Militare Marittima, presso il Ministero della Marina. Scadenza 1° agosto.

SCLAFANI (*Palermo*). — Scad. 30 mag. L. 8000, quinquenni, alloggio gratuito, c.-v.; per uff. san. L. 1000.

SONCINO (*Cremona*). — Scad. 31 maggio; vedi fasc. 18.

STAFFOLO (*Ancona*). — A tutto 31 mag. 2ª cond.; L. 9500 p. pov., L. 800 ambulat., L. 500 cond. disagevole; in corso revisione elenco pov. e corrispondente riduzione di stip.; c.-v. degli impieg. comunali; bienni fino a L. 16000; cavalcat. dal Comune. Età limite 40.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giovanni Mingazzini è nominato socio del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Il dott. Bernini Francesco, ottuagenario, ex-medico condotto, nominato cavaliere della Corona d' Italia con D. 9 giugno 1919 per benemerenze, con decreto in data 22 aprile 1921 fu insignito della medaglia d'argento destinata a premiare chi abbia prestato segnalati servigi nel campo della igiene e salute pubblica.

NOTIZIE DIVERSE.

Comitato italiano per l'Esposizione d'Igiene di Strasburgo.

Il prof. Sanarelli si è dimesso da presidente del Comitato ordinatore della Sezione Italiana, perchè gli Enti statali — fatta eccezione per le Ferrovie dello Stato — all'ultimo momento si sono trovati nella impossibilità di partecipare alla Mostra. Questa verrà così a perdere il suo specifico significato, per assumere un carattere prevalentemente industriale e commerciale. Da siffatte condizioni è sembrato all'on. Sanarelli che la presidenza dovesse spettare, anzichè a un igienista, ad altra personalità più specialmente esperta nelle cose industriali e commerciali.

In una lettera-circolare diretta ai componenti il Comitato ordinatore, il Sanarelli illustra le ragioni che lo hanno indotto a declinare l'incarico affidatogli dal Governo. Egli intendeva che la Sezione italiana dell'Esposizione d'Igiene di Strasburgo dovesse fornire una prova documentata dei progressi igienici e sanitarii realizzati dall'Italia nel sessantennio della sua unità nazionale; costituire un'affermazione della nostra rinascita; compiere opera di propaganda; rispondere ad alte

finalità politiche, in vista del significato particolare che la Francia annette giustamente a questa Esposizione internazionale nella città riconquistata. Per ragioni di stretta economia, che a noi paiono improvvide, le Amministrazioni pubbliche si sono ritirate. Di fronte a questa situazione, che toglievà alla Sezione italiana il suo carattere specifico, l'on. Sanarelli si è tratto in disparte. Al suo posto è stato nominato il comm. S. Targetti, membro del Consiglio direttivo della federazione nazionale dell'Industria.

VI Congresso della Società Internazionale di chirurgia.

È indetto a Londra dal 17 al 20 luglio, sotto l'alto Patronato del Re Giorgio V e la presidenza di sir William Macewen.

Temi di discussione: 1) Sieroterapia e vaccinoterapia delle infezioni chirurgiche (tetano eccettuato), relatore L. Bazy (Parigi); 2) Artroplastiche, relatori Mac Ausland (Boston), E. W. Hey-Groves (Bristol), V. Putti (Bologna), Santy (Lione); 3) Chirurgia delle glandole endocrine (shock eccettuato), relatori H. Cushing (Boston), Lorthivin (Bruxelles) per il timo, P. Sargent (Londra) per la glandola pituitaria, Williems (Liegi) per le capsule surrenali, Veau (Parigi); 4) Risultati remoti degli interventi per lesioni traumatiche dei nervi, relatori Frazier (Filadelfia), Gosset (Parigi), Verga (Pavia); 5) Shock operatorio, relatori Crile (Cleveland), Quénu (Parigi) in collaborazione coi proff. Duval e Mocquot.

Le sedute si terrano nei locali della Royal Society of Medicine (1, Wimpole Street, London W. 1), ove i congressisti potranno far indirizzare tutta la loro corrispondenza.

È organizzata una serie di feste e di ricevimenti. Una esposizione di pezzi anatomici concernerà i tumori delle glandole endocrine.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. Mayer, rue de la Loi 72 - Bruxelles (Belgio).

Congresso francese della Tubercolosi.

È convocato a Strasburgo dal 2 al 5 giugno e sarà ripartito in tre sezioni: I. Problemi biologici: *a)* Associazioni microbiche nell'infezione tubercolare, relat. Bezançon; *b)* Costituzione chimica del bacillo tubercolare e terreni colturali sintetici, relat. Goris. II. Problemi clinici: *a)* Tubercolosi chiusa e aperta, relatori Rist e Ameuille; *b)* Compito della carenza alimentare nell'evoluzione della tbc., relatori Mouriquand. Bréton e Ducamp. III. Problemi sociali: *a)* Il problema dell'abitazione nei rapporti con la tubercolosi, relat. Montet; *b)* L'importanza delle assicurazioni sociali nella lotta antitubercolare, relatori Scheiff e Weill; *c)* Compito dell'infermiera visitatrice nella lotta antitubercolare e principii della sua educazione professionale, relatrici sig.e Halona e De Retz.

Congresso internazionale d'Igiene mentale.

La Lega francese d'igiene mentale, d'intesa con le Associazioni analoghe belga e nordamericana, prepara questo Congresso che si adunerà a New York nell'aprile 1924. Per le adesioni di altri Paesi rivolgersi al segretario della Lega, dott. Genil-Perrin, avenue de la Bourdonnais, 99, Paris.

XXV Anniversario della Société de Biologie di Parigi.

Sarà celebrato il 26 maggio, con una sessione plenaria, alla quale sono convocate le varie filiali della Francia e dell'Estero. L'adunanza sarà presieduta da Carlo Richet, assistito da Augusto Pettit come segretario; verranno discussi i seguenti temi: Generazione e fecondazione, relatore A. Brachet; Azione fisiologica del potassio e del calcio, relatore H. Zwaardemaker; Il problema dell'immunità negli invertebrati, relat. J. Cantacuzène.

Congressi medici Panrussi.

Il 22-28 maggio si convoca a Mosca il VII Congresso Panrusso dei batteriologi, epidemiologi e ufficiali sanitari. Il Congresso s'occuperà: 1) delle questioni d'immunità, sieri, vaccini, chimio-terapia e diagnostica; 2) di batteriologia ed epidemiologia delle più importanti malattie infettive, più estese in Russia; 3) delle questioni di disinfezione, disinfestazione; 4) dei problemi d'organizzazione.

Per la fine di maggio è anche convocato a Mosca un Congresso Panrusso per le questioni sulla tubercolosi.

Ai delegati delle organizzazioni estere il Commissariato della Salute Pubblica offre gratuitamente l'alloggio ed il vitto. Per qualsiasi informazione rivolgersi al dott. M. Sceftel, delegato della Croce Rossa Russa e del Commissariato della salute pubblica R. S. F. S. R. in Italia, Roma, Corso d'Italia, n. 44-A.

Convegno di malariologi a Roma.

Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, nelle riunioni tenute a Ginevra nel gennaio scorso, ed alle quali prese parte il Direttore generale della Sanità pubblica, dott. Alberto Lutrario, riconobbe la grande utilità di un invio in Italia di medici di vari Stati, particolarmente versati in malariologia, per esaminare il sistema italiano ed i varî congegni di lotta contro la malaria, che nel volgere di pochi anni sono riesciti a realizzare così notevoli risultati.

Il nostro Governo convenne nel riconoscere la importanza e l'opportunità del proposto convegno, che avrà luogo in Roma, tra il 29 maggio e il 3 giugno; indi a Grosseto; a Torino per visitarvi gli impianti del Ministero delle Finanze per la preparazione del Chinino di Stato; a Venezia ed a Ferrara per constatare i risultati delle grandiose bonificazioni compiute dalle iniziative locali e sotto l'egida del Ministero dei Lavori pubblici, che tanto impressionarono Wikliffe Rose, direttore generale di quella eminente Fondazione Rockefeller, che sosterrà le spese della importante riunione.

La Direzione generale della Sanità pubblica sarà lieta di accogliere gli illustri cultori della ma-

lariologia, tra cui il dott. Haigh, Commissario delle epidemie della Società delle Nazioni; il colonnello James, del Ministero dell'igiene britannico; il dott. Palester, Commissario straordinario per la lotta contro le epidemie in Polonia; i professori Nocht e Mühlens di Amburgo; il russo prof. Marzinowsky; il dott. Bardaji y Lopez, ispettore di Sanità in Spagna; il dott. Sfarcic dell'Istituto della malaria in Jugoslavia; il dottor Swellengrebel, professore ad Amsterdam; il dottor Bettencourt, dell'Istituto batteriologico di Lisbona; il dott. Markow, ispettore della Sanità pubblica in Bulgaria; il dott. Remal Libohova, per l'Albania ed altri molti. È pure atteso un rappresentante del servizio federale degli Stati Uniti d'America.

La grande autorità degli scienziati e degli alti funzionari tecnici delle varie Amministrazioni sanitarie dell'estero conferisce una eccezionale importanza al Convegno.

Il nuovo Istituto di Medicina Legale dell'Università di Roma.

È stato solennemente inaugurato, al Policlinico Umberto I, presenti i ministri Gentile e Oviglio ed altre alte autorità. Parlarono il sen. Sanarelli, rettore dell'Università, il prof. Ottolenghi, direttore dell'Istituto, che tenne un elevato e brillante discorso inaugurale, e il prof. Cevidalli, dell'Università di Padova.

Commemorazione di Pasteur.

Il 2 corr. fu solennemente commemorato Luigi Pasteur in seno alla Pontificia Accademia Romana dei Nuovi Lincei, alla presenza di molte spiccate personalità.

Oratore ufficiale fu l'on. Antonino Anile, che illustrò l'immensa portata dell'opera pasteuriana e mise questa in rapporto con la fede religiosa da cui il sommo studioso fu sempre animato.

VITTORIO REMEDI, professore di clinica chirurgica a Siena, si è spento pochi giorni fa dopo breve ma dolorosa malattia, nella piena maturità della vita, quando molto poteva ancora aspettarsi da lui la chirurgia, la famiglia, la sua Siena diletta.

Nato nel 1859 e compiuti a Siena gli studi di Medicina, entrò subito come Assistente e poi come Aiuto del Novaro, che allora dirigeva quella Clinica Chirurgica. Passato il Novaro a Bologna, dopo breve tempo ebbe egli l'incarico dell'insegnamento, e lo tenne onorevolmente per parecchi anni, finchè venne nominato a Cagliari, dove rimase pure per vario tempo, iniziando la sua carriera regolare. Di lì passò a Modena, per concorso, e da Modena, dopo la morte del Biondi, fu dalla Facoltà di Siena chiamato a voti unanimi, appagando così il suo desiderio di tornare nella sua città, che amava intensamente, e dove aveva cominciato il tirocinio d'insegnante.

Operatore felice, ricercatore accurato, rimarranno degni sempre di menzione molti suoi scritti, specie i suoi studi sulla patogenesi delle ernie e sulla chirurgia del pancreas; durante la guerra dette opera assidua alla cura dei nostri feriti, e prese parte attiva alle discussioni sul trattamento delle lesioni d'arma da fuoco, esponendo con grande chiarezza i concetti più moderni e contribuendo così a diffondere in Italia idee esatte sui compiti cambiati della chirurgia di guerra.

Animo retto, carattere mite, ricco d'arguzia, la sua perdita è dolorosamente sentita non solo dalla Facoltà di Siena e dai chirurgi italiani, ma dai numerosi amici, che contava fra i professori e i colleghi, e specie nella sua patria, in ogni ordine di persone.

R. A.

Indice alfabetico per materie.

Adiposi postencefalitica . . . . . Pag. 624
Anestesia regionale nell'operazione sul corpo tiroide . . . . . » 632
Asili materni industriali . . . . . » 641
Bibliografia . . . . . » 635
Cisti idatica del lobo superiore del polmone: diagnosi . . . . . » 617
Diritti acquisiti e riforme organiche: limiti . . . . . » 643
Epilessia essenziale: patogenesi . . . . . » 637
Esercizio professionale degli stranieri in Italia: disciplina . . . . . » 643
Esperanto: l'— e i medici . . . . . » 629
Febbre sifilitica essenziale . . . . . » 639
Freniatria: comunicazioni varie . . . . . » 638
Gozzo esoftalmico . . . . . » 631
Gozzo metastatico: se esista . . . . . Pag. 631
Indennità caro-viveri: nuove disposizioni per la corresponsione . . . . . » 642
Manicomi giudiziari: disposizioni per il personale alienistico . . . . . » 642
Medico ferroviario di reparto: nomina, residenza . . . . . » 643
Ordini dei Medici: Congresso federale . » 644
Pressione sanguigna: nota di tecnica . » 629
Psiconeurosi: nosografia e patogenesi . » 636
Schizofrenie e pseudo — . . . . . » 638
Scuole di Ostetricia: nuovo regolamento » 642
Sifilide: manifestazioni viscerali . . . » 640
Sifilide nervosa . . . . . » 639
Sifilide surrenale: caso raro . . . . . » 640
Tubercolosi: terapia calcica . . . . . » 627

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXX — Roma, 21 maggio 1923 — Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: R. Carnelli: Considerazioni sopra 15 casi di ernia ombelicale. — E. Pallestrini: Considerazioni sull'ernia crurale vaso-lacunare. — S. Bile: Un caso di ernia di Laugier operata radicalmente con attorcigliamento del sacco. — A. Catterina: Ernia crurale appendicolare strozzata. — M. Dellavalle: Un caso di appendicite erniaria. — C. Licini: Ernia incarcerata (ovaio) del canale di Nuck.
Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sistema scheletrico: Sulla diagnosi differenziale delle malattie maligne delle ossa. — Spondilite anchilosante cronica e tubercolosi. — Sulla cosiddetta scoliosi ischiatica. — I vaccini nell'osteite tifosa. — La cura del rachitismo nella prima infanzia. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Azione degli estratti di ipofisi sulla coagulazione del sangue. — POSTA DEGLI ABBONATI.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Legislazione idrologica attuale e sue auspicabili modificazioni. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Le condizioni degli ufficiali sanitari. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Cronaca epidemiologica.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. OSPEDALE CIVILE DI MODIGLIANA.

Considerazioni sopra 15 casi di ernia ombelicale.

Dott. RICCARDO CARNELLI, direttore e chirurgo primario.

L'ernia ombelicale è tanto frequente e così nota che non varrebbe la pena d'indugiarsi a scriverne se non stimassi utile quel contributo personale che ogni medico può apportare in qualsiasi argomento del nostro scibile, sia a conferma di quanto si conosce, sia per chiarire quanto ancora può offrire oggetto di critica, sia a valorizzare quanto ancora sussiste sotto forma d'ipotesi.

Dopo i lavori di Robin, di Herzog, di Bérard, Gosselin, Duplay, Richet, Berger, Broca, A Cooper, Malgaigne, Championnièr e tanti altri sulla etiologia e patogenesi dell'ernia ombelicale embrionaria, infantile e degli adulti e dopo i lavori di Alaux, di Bacri, di Barbier di Baughmann, di Baumelou, di Biondi, di Condamin, di Dejardin, di Jabaulay, di Saenger, di Savariaud, Terrier e di un'infinità di altri autori, sulla terapeutica chirurgica di questo genere di ernie potrebbe sembrare perfino vanità o pedanteria.

Ad ogni modo, credo non far cosa del tutto inutile, se ho raccolti pazientemente e con ogni cura possibile, 15 casi di ernie ombelicali fra le tante capitatemi sotto osservazione durante diversi anni d'esercizio professionale, sia nella pratica privata, che in Ospedale.

Giusta il concetto suesposto, l'insieme delle considerazioni che, dallo studio di questi casi, possono scaturire, varrà se non altro, come contributo allo studio delle ernie ombelicali.

Di questi casi, uno riguarda un'ernia ombelicale del periodo embrionale; 12 riguardano ernie ombelicali infantili; 2 riguardano ernie ombelicali dell'adulto.

Espongo, senz'altro, le diverse osservazioni che mi sembrano prestarsi alle considerazioni che seguono.

A. ERNIE OMBELICALI DEL PERIODO EMBRIONALE.

OSSERVAZIONE I. — M. P., femmina, neonata. La bambina vivente, nata a termine da 5 ore, in seguito a gravidanza e parto normali ed in presentazione di vertice presenta un tumore assai voluminoso che fuoriesce da una fessura estesa dall'ombelico all'appendice ensiforme dello sterno. Il tumore è formato da una sacca, costituita da una membrana assai sottile con tutti i caratteri della gelatina di Warthon, e per trasparenza lascia intravedere come il contenuto sia costituito da gran parte degli intestini e del fegato. Coi tenui vagiti che la bambina emette, tutti i visceri addominali sembrano fuoriuscire all'esterno, mentre rientrano solo parzialmente durante gli atti inspiratori. La riduzione manuale è impossibile. Si tratta evidentemente d'un'ernia embrionaria o meglio d'una vera ectopia viscerale da incompleta saldatura delle pareti addominali.

Dei genitori della bambina, il padre è un rachitinoso affetto da adenoblefarite linfatica bilaterale e da anchilosi del ginocchio destro in seguito ad artrite specifica. La madre è donna sana e di costituzione normale.

Dietro insistenti pressioni dei genitori che m'invitarono a porre, in qualche maniera, riparo alle condizioni della loro disgraziata creatura, per quanto facessi loro conoscere che tutto sarebbe stato inutile, trattandosi di una vera mostruosità in seguito ad arresto di sviluppo, operai la bambina, ciò che mi diede occasione di studiare più da presso la costituzione e l'anatomia patologica di questa anomalia.

La parte addominale, per il tratto compreso tra l'ombelico e lo sterno, mancava completamente ed in sua vece esisteva una fessura larga circa 3 cm., dalle pareti della quale si distaccava la membrana trasparente e distesa che formava la sacca di questa pseudo-ernia. Questo involucro tenuissimo si continuava da una parte colla guaina amniotica del cordone e dall'altra coi tegumenti a livello dei margini laterali della fessura addominale. Per i suoi caratteri, di membrana amorfa e trasparente, ben distinti da quelli del peritoneo fetale vascolarizzato l'ernia in osservazione, aveva tutti i caratteri della prima varietà di ernie ombelicali congenite, stabilita da Duplay.

Senza anestesia alcuna e colla massima asepsi, incisi secondo quanto Olshausen prescrive (vedi MONOD e VANVERTS. *Trattato di Tecnica Operatoria*, vol. II, pag. 680, 1905) l'involuppo profondo della sacca della lamina amniotica esterna, e dopo ridotti i visceri, lo suturai a punti staccati di seta n. 0. Indi recentati i margini della perdita di sostanza cutanea li riunii a punti staccati in catgut del n. 2. La bambina sopravisse 5 giorni a questo intervento.

B. ERNIE OMBELICALI INFANTILI.

Comprendo in questo gruppo 11 casi di ernie dopo il 3° mese che presentano un vero sacco, formato da un devirticolo peritoneale, secondo la classica distinzione di Duplay.

OSSERVAZIONE II. — C. F., maschio, di mesi 4. Bambino di costituzione scheletrica regolare, ben nutrito, del peso di kg. 6.558, alto metri 0.60, nato da parto fisiologico in seguito a gravidanza normale. A conferma della madre fino a quell'età non ebbe malattie. La dissecazione e la mummificazione del cordone ombelicale avvenne regolarmente entro l'8° giorno e la cicatrice ombelicale fu completa al 20° giorno. È allattato naturalmente dalla madre, donna sana e robusta.

All'esame obiettivo dell'addome presenta, in corrispondenza della cicatrice ombelicale un tumoretto della grossezza d'una nocciuola che aumenta mentre il bambino piange; scompare quando è disteso sul dorso ed è tranquillo. Al centro del tumore e sulla sommità esiste un piccolo segno biancastro resultato evidente della cicatrice ombelicale. Il bambino è inoltre affetto da fimosi per cui piange ogni volta che urina. Si fa diagnosi d'*ernia ombelicale infantile* e si consiglia l'operazione della *fimosi* che viene praticata immediatamente con taglio dorsale del prepuzio e riunione siero-cutanea dei lembi resultanti con 2 o 3 punti di catgut. Per la cura dell'ernia preferiamo invece il metodo incruento mercè riduzione ed applicazione d'una striscia di cerotto adesivo. Riveduto il bambino dopo 4 mesi lo troviamo completamente guarito.

OSSERVAZIONE III. — L. G., maschio, di mesi 6, del peso di kg. 7.620; alto cm. 63, nato a termine in seguito a gravidanza normale, con applicazione di forcipe per distocia materna. Bambino di costituzione scheletrica regolare e ben nutrito; soffre però di stipsi. Secondo le affermazioni della madre, la dissecazione e la mummificazione del cordone ombelicale avvennero con qualche complicazione per suppurazione della legatura, ed un eczema attorno alla regione ombelicale per cui fu curato per circa 2 mesi.

All'esame obiettivo dell'addome riscontrasi in corrispondenza della cicatrice ombelicale un tumoretto della grossezza d'una nocciuola che aumenta quando il bambino piange e diminuisce quando si mette sul dorso. Il tumore all'esterno è ricoperto di pelle tenuissima e prendendolo fra due dita, offre consistenza elastica mentre si riduce facilmente con gorgoglio caratteristico. Si fa diagnosi d'ernia ombelicale infantile, acquisita, e si consiglia l'applicazione d'un cerotto adesivo secondo l'osservazione precedente. A 2 mesi di distanza il bambino fu guarito completamente.

OSSERVAZIONE IV. — M. N., femmina, di mesi 6. Bambina di gracile costituzione, del peso di kg. 6.580. alta cm. 61.30; nata da parto prematuro spontaneo di mesi 8, da donna gracile, affetta da apicite destra.

La madre asserisce che l'essicazione e la caduta del cordone avvennero normalmente ma che la bambina cominciò a presentare, fino da 2 mesi di età un tumoretto in corrispondenza dell'ombelico.

All'esame obiettivo si riscontra: 1° un tumore della grandezza d'una nocciuola, di consistenza elastica variabile di volume col pianto del bambino, facilmente riducibile spingendolo con un dito contro l'anello ombelicale, e con rumore caratteristico di gorgoglio; 2° mano vara congenita bilaterale; a destra con as-

senza assoluta del pollice; a sinistra con presenza d'un'appendice carnosa pendula, in luogo del pollice.

Si fa diagnosi di ernia ombelicale congenita infantile e, data la qualità e la tenera età della bambina, si consiglia la cura incruenta mediante l'applicazione d'una striscia di cerotto adesivo. Rivedo la bambina 2 mesi dopo perchè affetta da gastroenterite e la trovo completamente guarita dell'ernia, avendo la cicatrice ombelicale acquistata consistenza normale.

OSSERVAZIONE V. — F. M., bambino di mesi 7, del peso di kg. 8.042; alto cm. 65; di costituzione scheletrica regolare; ben sviluppato; nato da parto fisiologico a termine di gravidanza normale. Non ha avuta alcuna malattia fino a quest'età. Secondo quanto asseriscono i genitori, l'essicazione e la caduta del cordone ombelicale avvennero entro 15 giorni senza complicazioni. All'età di 2 mesi s'accorsero che il bambino presentava un tumoretto grosso quanto un cece in corrispondenza dell'ombelico. Non vi diedero peso, per allora, perchè, credevano dovesse spontaneamente regredire, finchè alquanto impressionati (?) per la mancata scomparsa di esso ed anzi per il suo accrescimento, s'indugiarono a portarmelo a 7 mesi.

All'esame obiettivo riscontro, pareti addominali perfettamente resistenti su tutta la linea alba fuorchè in corrispondenza dell'ombelico, ove esiste un tumore della grossezza d'una avellana di forma rotonda che diventa oblungo col pianto ed il ponzio del bambino. Il tumore è di consistenza elastica, coperto di pelle, facilmente riducibile con senso di gorgoglio caratteristico, ma altrettanto facilmente si riforma non appena cessa la compressione. Si fa diagnosi di ernia ombelicale infantile a contenuto intestinale e si consiglia l'applicazione d'un cinto elastico ombelicale. Riveduto il bambino, dopo circa 3 mesi, constato che l'ernia è perfettamente scomparsa ed in sua vece esiste una ben salda cicatrice ombelicale.

OSSERVAZIONE VI. — L. R., maschio, d'anni 2, del peso di kg. 11.300; alto cm. 80; nato, a termine di gravidanza normale, da parto fisiologico. Sviluppo scheletrico regolare; masse muscolari ben sviluppate. Secondo affermazioni della madre, l'essicazione e la caduta del cordone ombelicale avvennero normalmente.

All'esame obiettivo dell'addome si constata:

1° A livello dell'anello ombelicale, un tumore della grossezza d'una nocciuola che s'ingrossa col pianto e cogli sforzi del bambino. È rivestito di cute, è elastico, riducibile; di sonorità timpanica. Si fa diagnosi di ernia ombelicale infantile;

2° Si constata assenza, nello scroto, del testicolo destro che si palpa a livello del canale inguinale. Si fa diagnosi di *ectopia inguinale del testicolo destro* e si consigliano ambedue le operazioni per la cura di queste 2 affezioni riscontrate.

Si pratica prima l'orchidopessia cercando di ricostruire scrupolosamente le pareti del canale inguinale secondo Bassini, e fissando il testicolo in fondo allo scroto.

Dopo 12 giorni si procede alla chelotomia ombelicale secondo Condamin e, dopo altri 10 giorni si dimette il bambino completamente guarito.

OSSERVAZIONE VII. — C. P., bambino d'anni 2 e mezzo, del peso di kg. 11.500; alto cm. 80; nato a termine di gravidanza normale, da parto fisiologico. La madre asserisce che «l'essicazione e la caduta del cordone ombelicale avvennero senza complicazioni e secondo un termine che possiamo ritenere normale; che durante il primo anno di vita, il bambino non ebbe alcuna malattia e non presentò niente di anormale; che infine anch'essa, da bambina, fu affetta da ernia ombelicale di cui guarì senza operazioni; che il bambino cominciò a presentare i primi segni d'un tumore ombelicale dopo un attacco di tosse convulsa che portò per 3 mesi, antecedenti al momento della visita e che questo tumore andò sempre crescendo fino a raggiungere il volume d'un uovo di piccione».

All'esame obiettivo si constata: un tumore a base assai larga della grossezza sopra indicata, ricoperto di cute sottilissima; che s'ingrossa col pianto e sparisce nella posizione dorsale del bambino, che si riduce facilmente colla pressione entro l'anello ombelicale; che presenta rumore di gorgoglio, ecc.

Si fa diagnosi di ernia ombelicale infantile a contenuto intestinale, e si consiglia l'intervento.

Operazione. 9 marzo 1918. Narcosi cloroformica. Incisione ellittica delle pareti addominali. Denudamento ed isolamento del sacco; apertura di questo e riduzione di alcune anse intestinali del tenue, in esso contenute e aderenti. Asportazione del segmento di cute circoscritto insieme alla parte corrispondente del sacco; rifacimento delle pareti addominali mediante accavallamento dei due margini dell'anello inguinale alla Savariaud.

Esito. — Guarigione per prima in 10ª giornata.

OSSERVAZIONE VIII. — C. T., d'anni 3, bambino del peso di kg. 12.500; alto cm. 85, di sviluppo scheletrico normale. Nato a termine da parto fisiologico. L'essicazione e la caduta del cordone ombelicale avvennero con complicazioni per suppurazione del cordone ombelicale che cicatrizzò dopo un mese.

La prima dentizione e la deambulazione si compirono regolarmente. A 2 anni fu affetto da croup per cui fu operato di tracheotomia sottocricoidea di cui vedesi la cicatrice.

Al momento dell'osservazione, notasi in corrispondenza della sezione ombelicale un tumore grosso quanto un uovo di piccione che s'ingrandisce coi colpi di tosse, di consistenza elastica, che presenta rumore di gorgoglio, tentandone la riduzione, che del resto non avviene perfetta. Alla percussione presenta timpanismo. Si fa diagnosi di *ernia ombelicale infantile a contenuto intestinale con probabile aderenza di qualche ansa alle parti del sacco*, e si consiglia l'operazione che viene accettata.

Operazione. 17 maggio 1917. Narcosi cloroformica. Incisione delle pareti addominali, isolamento ed apertura del sacco come al numero precedente. Soltanto alla riduzione delle anse intestinali si riscontra una certa difficoltà per una briglia che fissava una branca dell'ansa

fuoriuscita alla parete del sacco. Briglia che, per altro, potemmo isolare fra 2 legature.

Esito. — Guarigione per prima in 10 giorni.

OSSERVAZIONE IX. — C. F., bambina d'anni 4; gracile; del peso di kg. 12.250; alta cm. 85.

Nata a termine da parto normale ma da mamma gracile. La bambina fino dalla nascita presentò predisposizione all'ernia in quanto chè la linea alba poco resistente in tutta la sua estensione dimostrò fino d'allora una resistenza assai minore in corrispondenza della semicirconferenza superiore dell'anello ombelicale (punto debole di Herzog). A 2 anni ebbe tosse convulsa che le durò 3 mesi. Circostanza degna di nota, anche il padre e la madre asseriscono d'essere stati affetti da ernia ombelicale da bambini.

All'esame obiettivo dell'addome presenta in corrispondenza dell'ombelico un tumore della grossezza d'un uovo di piccione, con tutti i caratteri dell'ernia, per cui si fa diagnosi di ernia ombelicale, e si consiglia l'intervento che pratichiamo come al numero precedente e con esito buono per guarigione in 10 giorni.

OSSERVAZIONE X. — L. F., bambina d'anni 2; sorella della bambina dell'osservazione precedente, del peso di kg. 9.500; alta cm. 75; di costituzione scheletrica regolare ma con pannicolo adiposo scarso.

Nata a termine in presentazione podalica. Anch'essa presenta fino da 3 mesi dopo la nascita facile predisposizione alle ernie addominali per debolezza congenita della linea alba e più specialmente per la semicirconferenza superiore dell'anello inguinale.

Al momento dell'osservazione presenta infatti ernia ombelicale facilmente riducibile e per la cura ci atteniamo al metodo incruento mediante l'applicazione d'una striscia di cerotto adesivo. Riveduta la bambina dopo 3 mesi si constata la guarigione perfetta dell'ernia.

OSSERVAZIONE XI. — G. C., bambino di anni 5; nato a termine da parto normale. Peso chilogrammi 15.765. Altezza cm. 98. L'essicazione, la mummificazione e la caduta del moncone di cordone ombelicale avvennero senza complicazioni entro 15 giorni. Fino a questà età non ebbe malattie degne di nota. Al momento della osservazione è affetto da *fimosi*, malattia per la quale mi viene portato, ma durante l'esame obiettivo, constato anche la presenza d'un'ernia ombelicale alla quale, i genitori benchè se ne fossero accorti, non davano alcuna importanza.

Consiglio l'operazione per tutt'e due le infermità, procedendo prima oll'operazione della fimosi e posteriormente a quella dell'ernia ombelicale. Il bambino, operato in Ospedale, viene dimesso guarito in 10ª giornata.

OSSERVAZIONE XII. — L. R., bambino d'anni 4; nato a termine, da parto normale. Peso chilogrammi 13.750. Alto cm. 95. L'essicazione e la caduta del cordone ombelicale furono complicate da un processo infettivo, per il quale, a detta della madre, si formò un ascesso delle pareti addominali, in tutta vicinanza dell'anello ombelicale, tantochè un collega che curò allora il bambino fu costretto a praticare un incisione di cui, al momento dell'osservazione se ne vede ancora la traccia. La madre giustamente annette molta importanza a questo fatto come causa dell'ernia ombelicale voluminosa che il bambino presenta al momento dell'osservazione. Si consiglia l'operazione che viene accettata. All'apertura del sacco si trova un'ansa intestinale del tenue fissa, per una briglia parieto-viscerale alla parete del sacco verso il lato destro.

Il bambino viene dimesso guarito in 10ª giornata.

C. ERNIE OMBELICALI DI ADULTO.

OSSERVAZIONE XIII. — F. C., d'anni 40. Donna assai grassa del peso di kg. 80.275. Ha avuto cinque gravidanze a termine, seguite da parti regolari. Non ha avuto mai malattie degne di nota.

All'esame obiettivo presenta in corrispondenza della regione ombelicale un tumore piuttosto voluminoso della grossezza d'un'arancia. Alla palpazione si presenta di consistenza in parte elastica ed in parte pastosa; colla percussione in parte esiste ipofonesi accentuata ed in parte è di sonorità timpanica. È mal riducibile e, lievemente dolente da qualche tempo; produce all'ammalata qualche disturbo rappresentato da stitichezza, qualche conato di vomito ed anoressia. La cute che lo ricuopre non è anormale nè presenta reti venose. La forma è emisferica e bernoccoluta e la cicatrice ombelicale è volta in alto. La cute che lo ricopre è, al centro, assai utile e quasi pergamenacea. Si fa diagnosi di pseudo-strozzamento ombelicale e si propone l'operazione immediata.

Operazione. 9 ottobre 1918. Anestesia lombare novococainica. Disinfezione del campo operatorio alla Grossich. Incisione cutanea con 2 tagli semilunari. Isolamento del sacco tutto attorno all'anello ombelicale ed enucleazione in massa. Apertura del sacco ed isolamento del contenuto consistente in uno strato ispessito di epiploon con prolungamenti impegnati in grosse incavature ed in un'ansa del tenue di circa 8 cm.: di aspetto normale, senza alterazioni. Sezionata, previa legatura a catena, una discreta porzione d'epiploon si libera l'ansa aderente in parte ad esso e alla parete del sacco e si riduce il tutto in cavità. Chiusura del sacco e rifacimento a strati della parete addominale.

Guarigione per prima. L'ammalata viene dimessa guarita in 10ª giornata; prescrivendole, per qualche tempo, l'uso d'una ventriera.

OSSERVAZIONE XIV. — L. M., d'anni 45 donna di costituzione scheletrica regolare; polisarcica con ventre cadente. Ha avuto 7 gravidanze tutte normali. Non ricorda d'essere stata affetta, nell'infanzia, da ernia ombelicale. Si rivolge a me per vari disturbi dovuti ad inappetenza, cattive digestioni, stipsi, facile stanchezza, dispnea, cardiopalmo, e per la presenza di un tumore in corrispondenza della regione ombelicale, che per altro non diede mai alcun disturbo.

All'esame obiettivo riscontro: ptosi generale di quasi tutti i visceri ed in corrispondenza dell'ombelico, spostato in basso, un tumore bernoccoluto coperto da pelle sottile, ottuso alla percussione, poco riducibile e pastoso. Faccio diagnosi di ernia ombelicale a contenuto epiploico in donna affetta da morbo di Gle-

nard, e consigliò l'operazione, la quale viene accettata ed eseguita come nell'osservazione precedente.

La donna viene dimessa, guarita, in 12ª giornata.

OSSERVAZIONE XV. — F. G., d'anni 53. Uomo di costituzione scheletrica robusta ma irregolare.

Presenta torace a botte e ventre sporgente. Ha sofferto diverse volte di bronchite ed è un enfisematoso. Non ha sofferto mai di malattie celtiche; è stato strenuo bevitore. Ricorre a me oltrechè per i gravi disturbi di dispnea, dovuti agli accessi di asma da cui è spesso colto di notte, anche per un tumore addominale, che egli dice d'avere da circa 8 anni, e che si è andato sempre ingrossando arrecandogli talvolta dei vaghi dolori e conati di vomito.

All'esame obiettivo, oltre i sintomi su accennati, riscontro lieve aumento dell'ottusità cardiaca a carico del ventricolo destro, e suono plessimetrico profondo e chiaro sull'ambito polmonare. In corrispondenza della cicatrice ombelicale esiste un grosso tumore a base sessile, con tendenza a volgersi in basso, nella posizione eretta, ricoperto da cute edematosa, poi presso alla sua estremità ove la pelle si dimostra assai sottile e come aderente coi tessuti sottostanti; non riducibile, sensibile alla pressione, di consistenza pastosa. La percussione rivela zone di ottusità e di timpanismo. La forma è globosa e bernoccoluta.

Faccio diagnosi di *ernia ombelicale a contenuto epiploico, in via di strozzamento, in individuo enfisematoso.* Prescrivo, per altro, l'intervento immediato.

L'analisi chimica delle urine rivelò lievi traccie di albumina.

Operazione. 15 marzo 1919. Anestesia lombare novococainica. I diversi tempi dell'operazione vengono eseguiti come nell'osservazione XIII. All'apertura del sacco (assai esile) peritoneale trovansi alcuni sepimenti, in uno dei quali s'insinua un'ansa del tenue in via di strozzamento perchè costretta da una briglia parieto-parietale verso una parete del sacco in cui è contenuta altresì una larga porzione di omento.

L'ansa liberata non presenta, per altro, alterazioni evidenti, all'infuori d'un lieve restringimento in corrispondenza del cingolo che la teneva costretta contro la parete per cui viene ridotta senz'altro.

Dell'omento, liberato delle sue varie aderenze, se ne estirpa una discreta porzione, previa legatura a catena, e si chiudono il sacco e le pareti secondo il consueto metodo ordinario a strati. Il malato viene dimesso guarito in 12ª giornata.

Dall'esposizione sommaria di questi 15 casi si possono fare diverse considerazioni sulla etiologia, patogenesi, anatomia patologica e terapia dell'ernia ombelicale, nei tre periodi della vita in cui si manifesta.

L'osservazione Iª, l'abbiamo già accennato, più che una vera ernia ombelicale è un'ectopia viscerale, un'anomalia di sviluppo d'alto grado, di quelle di cui i chirurghi non possono interessarsi inquantochè non sono passibili di cure operatorie; che se noi tentammo un'operazione, come meglio ci fu possibile e dietro alle pressioni dei genitori, avevamo già la persuasione che ciò non avrebbe valso che a togliere uno spettacolo ributtante agli occhi dei genitori, non già a salvare la bambina.

È noto che, embriologicamente parlando, la patogenesi di questa anomalia è da riportarsi al gruppo delle ernie ombelicali embrionarie, ma di ernie veramente, nel senso anatomo-patologico non si dovrebbe parlarne perchè, come osserva giustamente il Forgue, l'intestino non è mai stato chiuso nel ventre od impegnato nel peduncolo del cordone ombelicale, per la mancanza di saldamento della parete addominale che in tali casi sono semplicemente chiuse dalla sola membrana di Ratke.

In questo senso, teoricamente, le ernie ombelicali embrionarie non dovrebbero esistere, perchè, se anche meno voluminose e più delimitate hanno patogeniticamente la stessa origine e costituzione delle ectopie viscerali e quindi la distinzione non è che clinicamente « volumetrica » perchè anche le ernie fetali rimontano alla fine del 3° mese di vita intrauterina e si potrebbero perciò chiamare ugualmente *embrionarie.* La distinzione fatta da Duplay in ernie del periodo embrionario e del periodo fetale è basata tutta sui caratteri anatomo-patologici del sacco e per questo merita di essere conservata. È l'assenza o la presenza del peritoneo al davanti d'un ernia ombelicale congenita che serve a distinguere un ernia embrionaria da una fetale. In quest'ultimo caso, le due lamine della membrana di Ratke sono già scomparse e trasformate in derma e sierosa l'interna, ed in epidermide l'esterna.

I tentativi d'operazione sono quindi inutili, nel caso come il nostro, perchè la membrana che forma lo pseudo-sacco è ancora quella di Ratke che come abbiamo visto è una membrana amorfa, trasparente, non vascolarizzata e quindi mancante d'una potenzialità di cicatrizzazione. D'altra parte la difficoltà di avvicinamento dei margini delle pareti addominali renderà spesso vano ogni tentativo di plastica.

Si interverrà quindi soltanto negli altri casi cioè in quelli in cui è possibile avvicinare i margini e quando, come ha dimostrato Debout, non vi sia possibilità d'una guarigione spontanea, mercè bottoni carnosi provenienti dai tegumenti laterali che si riuniscono, sulla linea mediana, formando uno strato sottilissimo di cute.

Gli 11 casi che seguono sono di ernie ombelicali infantili.

A parte la loro differenza patogenetica di formarsi cioè e svilupparsi dopo la nascita e di uscire, anzichè dal centro dell'orificio ombelicale o dalla parte laterale destra come le fetali, dalla semicirconferenza superiore dell'orifizio ombelicale (punto debole di Herzog) in seguito al lavorio di cicatrizzazione e retrazione dell'anello ombelicale e formazione dell'ombelico adulto, a parte queste considerazioni, ripeto, esposte in ogni trattato di patologia speciale chirurgica, nella II osservazione vediamo un bambino di 4 mesi la cui ernia offre già qualche considerazione rispetto alla sua precocità di comparizione. Ciò starebbe in relazione a quanto afferma Gosselin, che cioè l'ernia compare prima del 6° mese e a quanto afferma Berard; che l'ernia si osserva anche prima del 4° mese. E nel nostro caso, dobbiamo ritenere conforme a verità l'affermazione di Berard perchè se l'ernia è caduta sotto nostra osservazione al 4° mese di età, è certo che essa devesi esser formata qualche tempo prima giacchè un'ernia difficilmente si forma *d'emblée* (all'infuori dell'ernia-infortunio) e per accrescersi ha bisogno di tempo e di una predisposizione congenità della parte ove essa si presenta, il chè fa ritenere che, nel nostro caso, essa possa essere esistita anche prima. E se consideriamo quanto affermano Forgue, Berger e Broca ch'essa compare cioè frequentemente già nel 1° mese, si può ritenere, con tutta certezza, che l'ernia ombelicale infantile possa esistere già dopo la caduta del cordone ombelicale e cioè dopo 8-15 giorni dalla nascita.

In cinque dei nostri casi (osservazioni II, III, VIII, IX, XI) esistono malattie pregresse od in atto che possono ritenersi *cause determinanti.*

Nell'osservazione I è un bambino affetto da *fimosi;* nella III un bambino affetto da *stipsi:* nell'VIII un bambino di 3 anni, che a 2 fu affetto da *croup;* nella IX un bambino di 4 anni che a 2 sofferse di *tosse convulsa;* che durò tre mesi; nell'XI è un bambino di 5 anni che è affetto contemporaneamente da *fimosi.*

È noto infatti che tutti questi stati patologici agiscono aumentando la pressione addominale. La *fimosi* per gli sforzi cui obbliga durante l'urinazione; la *stipsi abituale* per il ponzio nell'atto del defecare; il *croup* per la difficoltà del respiro e forti contrazioni diaframmatiche che si ripercuotono sugli organi addominali; la *tosse convulsa* per gli stessi effetti sulla respirazione e per la sua lunga durata ciò che servirebbe a confermare la teoria del *martellamento* ammessa sulla produzione delle urine.

In 5 casi (osservazioni III, IV, IX, XII) esistono *cause predisponenti anatomiche* che talvolta s'uniscono a quelle patologiche.

Nell'osservazione III, per es., è lo stesso bambino affetto da stipsi che presenta un probabile indebolimento acquisito della parete addominale per suppurazione del cordone al momento della legatura ed un eczema duratogli circa 2 mesi. Nella IV è una bambina di gracile costituzione con indebolimento della muscolatura parietale e nata da donna gracile. Nella IX è una bambina che dimostrò sempre fino dalla nascita poca resistenza della linea alba, specialmente in corrispondenza della metà superiore della circonferenza dell'anello ombelicale. Nella X è una bambina sorella della precedente che dimostra la stessa predisposizione.

Nella XII, è una bambina, in cui la caduta del cordone ombelicale, fu complicata da un processo flogistico con formazione d'ascesso, ciò che deve certamente avere influito sulla resistenza delle pareti addominali.

Queste malformazioni congenite infatti sono ammesse come cause anatomiche, nella manifestazione precoce di tutte le ernie da 1 a 4 anni di età.

Nelle osservazioni III, IX, X sono tre bambini in cui si dimostrerebbe la influenza dell'eredità sulla presenza dell'ernia ombelicale. Nell'osservazione VII, è un bambino la cui madre sarebbe stata affetta nell'infanzia, da ernia ombelicale, guarita spontaneamente; nelle osservazioni IX e X sono 2 sorelle le quali, oltre presentare le stesse cause predisponenti anatomiche, hanno nella loro anamnesi una eredità diretta nei genitori che affermano d'essere stati affetti ambedue di ernia ombelicale nella prima infanzia. Questa predisposizione congenita, legata all'eredità è ormai ammessa nella etiologia generale delle ernie in quantochè non è l'ernia che si eredita, ma l'alterazione anatomica che vi predispone.

Che poi la predisposizione alle ernie s'accompagni spesso ad altre malformazioni o vizi congeniti è una cosa nota e dimostrata ed i casi delle osservazioni IV e VI lo confermano. Nell'osservazione IV abbiamo una bambina che oltre ad essere affetta da ernia ombelicale, presenta *mano vara congenita bilaterale;* a destra, con assenza assoluta del pollice; a sinistra, con un'appendice carnosa invece di quello. Nell'osservazione VI è un bambino che insieme all'ernia ombelicale presenta *ectopia inguinale del testicolo destro.*

Dal lato terapeutico, l'esposizione di questi 11 casi d'ernia infantile si presta ad altre considerazioni. In 6 casi e cioè in quelli delle os-

servazioni (II, III, IV, IX, X) abbiamo usato a preferenza il metodo incruento con l'applicazione di striscie di cerotto adesivo ed in un caso, quello dell'osservazione V, l'applicazione d'un cinto erniario di gomma elastica. Nella cura degli altri casi (VI, VII, VIII, XI, XII) abbiamo invece usato il metodo cruento. Perchè?

Anzitutto è noto che nell'ernia ombelicale del bambino vi è, di regola, tendenza alla guarigione spontanea, specialmente quando l'ernia è molle e depressibile e rientra facilmente per cui conservandola, nella sua riduzione, mediante l'applicazione di striscie di cerotto adesivo o d'un cinto, si facilita il lavorìo d'adesione cicatriziale che porta alla chiusura dell'anello ombelicale. Questo lavorìo d'altronde è più attivo e più pronto quanto più è tenera l'età del bambino per cui nei bambini, al disotto del 1° anno di età, è sempre consigliabile tentare prima le cure incruenti essendovi sempre tempo ad intraprendere la cura operatoria, almeno che speciali indicazioni (strozzamento o pseudo strozzamento) non facciano subito prescegliere quest'ultima.

Ma nei teneri bambini lo strozzamento è cosa assai difficile a verificarsi. E se, nel caso dell'osservazione X usammo la cura incruenta, benchè si trattasse d'un bambino di 2 anni, ciò facemmo perchè la sua gracilità ci sembrò motivo sufficiente a ritenerla come una controindicazione all'intervento. A questo proposito anzi, è bene notare, che per la indicazione alla cura chirurgica dell'ernia ombelicale dei bambini valgono le stesse regole che guidano il chirurgo nel determinare la opportunità o meno d'un intervento operativo d'altra natura.

È bensì noto che le guarigioni spontanee non sono sempre stabili e che talvolta predispongono all'ernia ombelicale dell'adulto; ma noi avendo riveduti tutti i nostri bambini, così trattati, a differenti epoche dal trattamento, non abbiamo, in nessuno, riscontrato tale eventualità, il che fa ritenere che questa guarigione sia, in effetto, più stabile di quello che non si creda.

Nei casi VI, VII, VIII, IX, XI, XII facemmo la operazione perchè trattavasi di bambini tutti dell'età variabile da 2 a 5 anni, nei quali è possibile una meticolosa narcosi cloroformica ed in cui la differenziazione e la resistenza dei tessuti permette con più successo, l'operazione chirurgica.

In quanto ai principii operatori che informano la cura chirurgica dell'ernia ombelicale essi non differiscono essenzialmente da quelli della cura di altre ernie. Soltanto la costituzione anatomica speciale della regione e le particolarità proprie a questo genere di ernia (volume-sottigliezza frequente del sacco, connessure intime di questo con la pelle o con l'anello o con gli organi contenuti, la massa considerevole di questi ultimi e le aderenze fra loro) hanno indotto i chirurghi a modificare, su alcuni punti, la tecnica abituale per cui esiste gran numero di processi che non è qui il caso di esporre. Solo, possiamo dire, in generale, che tutti, più o meno, riguardano soprattutto il tempo dell'operazione concernente il rifacimento della parete o quello dell'apertura del sacco in certi casi complicatissimi, ma tutte queste considerazioni tecniche ciascuno può trovarle, benissimo esposte, in ogni manuale di tecnica operatoria. In tutti questi 6 casi operati, il reperto anatomo-patologico è stato pressochè eguale: cute sottile alla sommità del sacco o per tutta la sua estensione aderente al sacco ed il contenuto, in tutti, era rappresentato da una più o meno lunga ansa del tenue libera o fissa da aderenze. Mai rinvenimmo epiploon e ciò in relazione all'epoca di accrescimento del bambino perchè questo grembiale peritoneale nel bambino non è ancora completamente sviluppato e nel fanciullo non copre che una piccola parte della massa intestinale (Tillaux) per cui non arriva a livello dell'anello ombelicale, nè tanto più può far parte del contenuto d'un sacco erniario ombelicale. Quest'ultimo, in tutti i casi operati, lo trovammo in corrispondenza della semicirconferenza superiore dell'anello ombelicale ciò che è in relazione al processo d'obliterazione cicatriziale dell'ombelico, studiato da Robin e da Herzog e colla patogenesi dell'ernia ombelicale infantile. In quanto ai tre casi di ernia ombelicale di adulto (osservazioni XIII, XIV, e XV) due riguardano donne; una, un'uomo enfisematoso con traccie d'albumina nelle urine. Le due donne sono due soggetti obesi: una di esse (osservazione XIII) pesa kg. 80,275; l'altra (osservazione XIV) è affetta da ventre cadente e da ptosi viscerale degli organi addominali (morbo di Glenard). Queste 2 condizioni sono proprio quelle generalmente ammesse per spiegare la patogenesi dell'ernia ombelicale degli adulti e non è qui il caso di ripetere quanto già è universalmente noto, per mezzo degli studi di Championniere, sulla parte preponderante che ha il grasso liquido nel vivente nella produzione di tali ernie.

I caratteri anatomo-patologici, riscontrati all'operazione di ciascuna di queste ernie confermano quanto già si conosce sulla costituzione e la direzione seguita dall'onfalocele dell'adulto attraverso l'anello ombelicale.

Il contenuto riscontrato è costituito da intestino e da epiploon e specialmente da questo ultimo è carattere differenziale già ben noto con le ernie ombelicali del fanciullo.

La sottigliezza del sacco che dimostra come queste ernie si formino per distensione della sierosa parietale, per l'aderenza che il peritoneo contrae col contorno fibroso dell'anello ombelicale è importante e ci spiega i disturbi presentati dagli individui delle osservazioni XIII e XV ed i caratteri di irriducibilità del tumore da essi presentato.

L'epiploon ingrossato e che s'impegna in grosse incavature del sacco, come nell'osservazione XIII potemmo riscontrare, ci spiega in qual maniera possa avvenire lo strozzamento erniario ombelicale e ci fa paragonare questo caso, almeno per la costituzione anatomica del sacco, al caso classico di Sultan e a quello simile descritto da Riedel. Dal punto di vista terapeutico potrebbero invece farsi queste considerazioni. Perchè, come afferma Championniere, non si è ritenuto «come serio ostacolo all'operazione» l'enfisema accompagnato da albuminuria presentato dall'individuo che forma oggetto dell'ultima osservazione? Sappiamo infatti che fra i portatori d'ernia ombelicale frequentemente esistono glicosurici ed albuminurici che Championniere riteneva pericolosi per un'operazione. Ma quando questo autore scriveva, probabilmente non si conosceva, per l'anestesia, che l'uso del cloroformio e la diminuzione dei poteri secretivi dell'organismo, ch'esso produce, e la morte che avveniva di sicuro e con una sindrome tanto costante quanto enigmatica, era da questo autore probabilmente interpretata come morte tardiva per cloroformio. Oggi però, mercè l'uso dell'anestesia lombare, questo pericolo che una volta presentavano i glicosurici e gli albuminurici, è quasi scomparso, perchè in questi stati patologici la rachianestesia non è controindicata ed a noi ha permesso di operare più volte arteriosclerotici, diabetici e nefritici senza osservare il benchè minimo accidente. Ed in ciò siamo d'accordo con quanto, nel 1910, stabilirono i dottori Caccia e Pennisi nella Clinica chirurgica di Roma, in seguito ad uno studio completo sulla rachianestesia, basato sopra 4258 osservazioni (1). Però, se negli albuminurici possiamo spingere le indicazioni operatorie oltre un limite assai più vasto, nei diabetici, come osservano i suddetti autori, «l'operazione, per pratica ormai di tutti, non si esegue che in casi indispensabili» e nel nostro caso di ernie ombelicali, soltanto quando esista o minacci uno strozzamento come nell'osservazione XV.

Concludendo l'insieme di questi 15 casi di ernia ombelicale, serve a confermare quanto, patologicamente, si conosce sulla patogenesi di questa entità morbosa nelle tre età della vita: *intrauterina, fetale* e dell'adulto, mette in evidenza la varia struttura anatomica di ciascuna delle ernie di questa età; l'indirizzo terapeutico da seguirsi in ogni eventualità e quando sia possibile l'operazione nei teneri bambini.

Per l'adulto poi la cura radicale precoce rappresenta sempre con eccellente intervento se si tiene conto dello sviluppo progressivo dell'ernia ombelicale, degli accidenti di ostruzione o di strozzamento ai quali espone e al deferimento organico che porta con sè e ai moderni metodi d'anestesia che permettono d'operare spesso anche albuminurici e glicosurici.

(1) Vedi *Policlinico*, 1910, Sez. Prat. n. 38-39.

OSPEDALE CIVILE SANTI ANTONIO E BIAGIO DI ALESSANDRIA.
Sezione Chirur. diretta dal prof. E. CALAMIDA.

Considerazioni sull'ernia crurale vaso-lacunare

per il dott. ERNESTO PALLESTRINI, assistente.

Nel gennaio u. s. fu operato dal prof. Calamida, nel nostro Reparto Chirurgico un caso di ernia crurale vaso-lacunare; credo opportuno descriverlo per le considerazioni ch'esso permette di trarre in relazione specialmente ai contributi, portati ultimamente, da autori vari alla conoscenza dell'affezione.

L'ernia crurale vaso-lacunare, descritta per la prima volta da Arnaud nel 1753, viene in seguito menzionata assai succintamente da Tillaux, Tilmann e König, nei loro Trattati; essi però la confondono e la raggruppano all'ernia crurale muscolo-lacunare (la cui possibilità sarebbe persino negata da Meckel) nella categoria delle ernie crurali esterne. Scarpa, nelle sue Memorie sull'ernie, nega, o per lo meno definisce come rarissime, le ernie crurali all'esterno dei vasi femorali, ed ha un'osservazione, che trascrivo, per la quale vien fatto di pensare si trattasse appunto, nel caso in esame, di un'ernia crurale vaso-lacunare. Egli dice: «Nel cadavere dell'uomo ernioso da me esaminato, spingendo dell'aria nella cellulosa che legava il grande sacco del peritoneo alla regione ileo lombare corrispondente alla sede dell'ernia femorale, si gonfiò non solamente quella cellulosa che cingeva il sacco erniario al di fuori dell'arco femorale; ma si

riempì d'aria, e si sollevò altresì quella cellulosa che circondava ed accompagnava fuori del ventre i grossi vasi femorali dello stesso lato ».

L'argomento viene ripreso con maggior esattezza nei Trattati del Forgue, del Bergmann, ecc., ed in varie monografie, ma le conclusioni più recenti si possono leggere nella « Chirurgia dell'Addome » del Donati. Riporto: « Le ernie di questa varietà sono a mio parere meno rare di quanto si crede comunemente, giacchè ne ho osservato personalmente 7 casi, 3 volte in uomini e 4 volte in donne dai 34 ai 66 anni, per lo più si tratta di individui a pareti addominali deboli con legamento inguinale rilasciato ». Con le constatazioni del Donati per molti rilievi si accorda il caso nostro; esso ha però bisogno d'una trattazione un poco estesa, poichè fra l'altro, è necessario dimostrare, innanzi tutto, che l'ernia vaso-lacunare in questione non è la recidiva d'una forma d'ernia crurale comune dello stesso lato, di cui 3 anni avanti il nostro paziente era stato operato in questo Reparto.

Riassumo le due storie cliniche:

G. Giacomo, di 39 anni, agricoltore, Valmadonna

Un fratello soffre d'ernia; per il resto, gentilizio immune e negativa l'anamnesi remota. Da 18 mesi è affetto d'ernia crurale destra e l'affezione non può essere posta in relazione con gravi fatiche. Ebbe per 3 volte fenomeni di intasamento. Da tre giorni datano fenomeni di strozzamento. Entra in ospedale il 2 febbraio 1919.

Esame obbiettivo. — Stato generale buono. Nessuna alterazione patologica degna di menzione all'esame degli organi del torace. Addome di forma normale. Pareti muscolari deboli. Nessun'altra affezione erniaria. Alla regione crurale destra, porzione superiore del triangolo di Scarpa si nota una tumefazione a forma emisferica, grande quanto un mandarino. Cute soprastante normale. Temperatura locale invariata, consistenza tesa, presenza di un peduncolo che si approfonda sotto l'arcata femorale. Dolore sopportabile; tumore irriducibile.

Diagnosi. — Ernia crurale destra strozzata; intervento d'urgenza.

Atto operativo. — Anestesia locale col Cochrene. Incisione solita. Ernia crurale destra. Il sacco contiene liquido sieroso ematico ed un'ansa del tenue, che in corrispondenza del cingolo strozzante presenta un solco, in cui esistono scarse alterazioni della sola sierosa. Riduzione dell'ansa erniata, legatura ed escisione del sacco. Chiusura delle pareti alla Bassini con punti di seta.

Decorso regolare, guarigione per prima. Dimesso guarito il 19 febbraio 1919. L'ammalato racconta di non aver più avuto alcun disturbo e di aver interamente riprese le sue occupazioni campestri. Tre mesi or sono, dopo una lunga camminata, avvertì un dolore alla regione crurale destra. In questi ultimi tempi i dolori si fecero più frequenti e si accorse prima di una tumefazione riducibile ad entrambi gli inguini e solo da 1 mese, notando che specialmente a destra la tumefazione s'ingrandiva sempre più, decise di farsi visitare. Già allora gli venne consigliato l'intervento. Entra in Reparto il 20 marzo 1922. L'esame obbiettivo generale corrisponde al già sopra descritto, è un po' cresciuto il pannicolo adiposo sottocutaneo. I contorni dell'addome sono deformati, in basso per la presenza di due bozze, una alla regione inguinale sinistra, l'altra alla regione inguino-crurale destra. A sinistra la tumefazione è grande quanto una noce avellanea, si riduce spontaneamente col decubito dorsale ed ha i caratteri d'un'ernia inguinale diretta. Alla regione inguino-crurale destra la tumefazione è grande quanto un mandarino e si compone di due tumefazioni minori, la prima a sede inguinale ha gli stessi caratteri di quella già descritta a sinistra. La seconda tumefazione invece si trova in corrispondenza della porzione superiore esterna del triangolo di Scarpa, ove si rileva anche una cicatrice sottile, ben consolidata e lunga 7 cm. circa, esito del subito intervento. La tumefazione è un po' più grande d'una noce avellanea, ha maggior diametro verticale, globosa, peduncolata, tinfanica, è influenzata dai colpi di tosse, non si riduce spontaneamente, ma con le manovre di Taxis. Introducendo il mignolo nell'anello erniario si percepiscono all'esterno le pulsazioni dell'a. femorale. Non varici dell'arto inferiore corrispondente, nè segno alcuno di alterato circolo venoso.

Diagnosi. — Ernia inguinale diretta bilaterale ed ernia crurale destra.

Atto operativo. — Anestesia locale col Cochrene, ablazione della cicatrice operatoria. Opportunamente preparata la regione, appare un'ernia crurale grande quasi quanto un uovo di gallina, che si è aperta la strada internamente alla guaina perivasale della vena femorale. Incisa tale guaina si distaccano per via ottusa le aderenze con essa contratte dal sacco. Il colletto si palpa assai in alto, per cui si mette la vena allo scoperto per un tratto di 5 cm. La porzione della loggia linfatica, medialmente posta è del tutto chiusa e l'arcata femorale aderisce strettamente al pube. Con 5 punti alla Bassini si ricongiunge il margine inferiore dell'arcata femorale all'aponeurosi e muscolo pettineo.

Aperta l'aponeurosi del grande obliquo, si rileva la presenza di un'ernia diretta nella regione inguinale destra, con sacco del volume di una nocciuola. Legatura ed escisione del sacco, ricostruzione del canale inguinale con il metodo Postempski.

Alla regione inguinale sinistra presenza di un'ernia diretta con sacco del volume d'una noce, legatura ed escisione del sacco, cura radicale Bassini aprendo la fascia trasversale. Pareti muscolari eccezionalmente deboli.

Ho creduto opportuno riportare un po' particolarmente le due storie cliniche dell'infermo, per poter meglio discutere se la seconda affezione erniaria della regione crurale destra debba considerarsi come recidiva, o se non

piuttosto conservi, nonostante il primo intervento, l'importanza di un'affezione indipendente.

Fra il primo ed il secondo intervento decorsero quasi tre anni e durante questo periodo il nostro ammalato ottemperò a tutte le non lievi fatiche del contadino, senza avvertire mai il minimo dolore o qualunque altra manifestazione patologica alla regione crurale destra, che potesse pur lontanamente segnalare l'inizio di una recidiva. Oltre il criterio tempo, una maggior importanza acquista, a parer mio, il confronto topografico fra l'esatta localizzazione della prima e quella della seconda affezione erniaria. Infatti la prima era una ernia crurale comune per cui il viscere intestinale sospingendo il peritoneo con lo strato cellulo-adiposo sottosieroso (fascia propria del Cooper), vinta la resistenza del septum crurale, era penetrato nella porzione alta del canale fra i due foglietti, superficiale e profondo, della fascia lata. In questa località il sacco erniario si trovava contornato: esternamente dai vasi femorali con la loro guaina perivasale, anteriormente dall'arcata femorale, internamente dal legamento di Gimbernat e posteriormente dal legamento di Cooper.

Nell'ernia crurale vaso-lacunare successiva invece l'ansa aveva spinto innanzi a sè, progredendo verso il basso, il peritoneo, lo strato cellulo-adiposo sottosieroso, poi scivolando fra la fascia trasversalis, il connettivo perivasale e la vena femorale, attraverso la porta dei vasi, aveva continuata la sua discesa in basso per una distanza di 5 cm. dall'arcata di Poupart, mantenendosi sempre intravaginale. Ben diversi quindi furono i rapporti assunti dal secondo sacco erniario perchè un altro fu il tessuto principalmente interessato: il connettivo perivasale, che lo rivestiva per intero.

Ancora un'obiezione rimane a muoverci: quale importanza sia da attribuire al primo intervento nella formazione dell'ernia crurale vaso-lacunare successiva. Qui occorre rifarsi allo stato della regione quale fu rinvenuto durante il secondo atto operativo.

La porta erniaria era molto alta, si trovava limitata fra l'arcata femorale e la vena femorale; il sacco per aprirsi la strada verso il basso aveva scollato dalla vena il connettivo perivasale, che ai comuni involucri si era aggiunto. La porzione interna della regione, e cioè la porzione linfo-lacunare, era completamente chiusa, il septum crurale rimaneva unito al pube da tessuto spesso e resistente; ne possiamo dedurre che la primitiva porta erniaria permaneva del tutto chiusa e per conseguenza il primo intervento era completamente riuscito al suo scopo.

Avanti di trattare l'eziologia dell'affezione in esame, dopo aver eseguite minute ricerche anatomiche in proposito sopra 5 cadaveri venuti all'autopsia, credo opportuno riassumere i dati per esse ricavati sul modo di comportarsi della fascia trasversalis in questa regione, e sui rapporti da essa contratti con i vasi femorali, la loro guaina, le vicine aponeurosi ed il peritoneo; così solamente può apparire manifesta la possibilità di tali ernie e la loro patogenesi. La fascia trasversalis inviluppa profondamente il muscolo trasverso dell'addome, assai sottile presso l'ombelico si va ispessendo sempre più man mano che si avvicina all'arcata femorale, ove acquista i caratteri di una vera aponeurosi indipendente, secondo il Cooper, secondo il Cruveilhier invece rimane sempre il foglietto posteriore della guaina del muscolo trasverso anormalmente spesso e tendinizzato per la pressione addominale che in questo punto, durante la stazione eretta acquista il suo valore massimo. La fascia trasversalis alla regione inguinale, considerandola dal lato esterno fino all'interno, si inserisce al labbro interno della cresta iliaca, alla faccia interna della spina iliaca anteriore superiore e si congiunge quindi alla fascia iliaca subito posteriormente all'inserzione di questa con l'arcata crurale formando una linea semilunare per una punta insinuantesi fra il muscolo psoas e l'iliaco. Segue poi l'arcata crurale, e ove questa, lasciata la fascia iliaca, si arrotonda sui vasi femorali, dopo aver rivestita la doccia in cui è collocato il cordone spermatico, avanza ancora e si inserisce al bordo posteriore dell'arcata crurale, al contorno dei vasi ed alla guaina perivasale direttamente. Proseguendo ancora verso l'interno oltrepassa l'arcata di Poupart per andare a fissarsi sulla cresta pettinea ed alla spina del pube dietro il legamento di Gimbernat; in questo punto costituisce il septum crurale teso, a guisa di diaframma, sulla lacuna linfatica. Tre formazioni speciali rinforzano in questo punto la fascia, il legamento di Henle, il legamento di Hesselbach e la benderella ileo-pubica.

Secondo alcuni autori la guaina dei vasi femorali sarebbe indipendente dalla fascia trasversalis e ben individualizzata da essa; altri più recenti (Testut, De Florio) sostengono che la guaina perivasale è rinforzata dalle vicine aponeurosi, che con essa stabilirebbero continuità di fibre. Appunto per le ricerche eseguite constatai l'esistenza di questa continuità di

fibre rappresentate da piccoli fasci più o meno robusti e numerosi a carico dei quali le variazioni individuali non sono poche nè lievi. Ad ogni modo su questi rilievi collimano i vari reperti. A partire dalla porzione mediale della guaina e della vena femorale i piccoli fasci iniziano le loro inserzioni per i due terzi anteriori di esse, si infittiscono su tutta la loro faccia anteriore, ove assumono particolare robustezza, quindi tra la vena e l'arteria, sulla porzione laterale di quella si insinuano a guisa di semiluna (in sez. trasversale formano come uno sperone) e si approfondano in tale spazio per circa 3 mm. Si continuano quindi, pur riducendosi sempre di numero e robustezza su tutta la faccia anteriore dell'arteria femorale. In due casi particolarmente dimostrativi, tentando di vincere le aderenze fra la fascia trasversalis e la guaina perivasale, dolcemente scollando, giunsi col dito proprio sulla faccia anteriore della vena femorale. Non ottenni mai simile risultato dalla parte dell'arteria.

Rilevai quindi, come già scrisse il Donati, che la guaina venosa è più ampia ed estensibile di quella arteriosa, per modo che con facilità si lascia distendere dal sacco erniario, quando la scolla. Vediamo ora quale può essere l'etiologia dell'ernia crurale vaso-lacunare.

Borelli, come prima e più importante causa, elenca l'azione di lobuli adiposi dello strato cellulare lasso preperitoneale in vicinanza della porta erniaria. Tali piccoli lipomi ipertrofizzandosi e consecutivamente agli improvvisi e ripetuti mutamenti di pressione endoaddominali s'impegnerebbero nell'anello crurale tirandosi addietro il peritoneo, così da determinare in esso una depressione dalla quale originerebbe il futuro sacco erniario. Narath notò la concomitanza di tali ernie in 6 individui dai 7 agli 11 anni cui era stata ridotta precedentemente una lussazione congenita dell'anca ed il Graser, considerando tale fatto pone una relazione fra questa varietà d'ernia crurale e cause violenti agenti sui tessuti che limitano l'orificio erniario.

Nel caso nostro non esisteva alcun accenno a formazione di lipoma preerniario; e l'ammalato aveva subito, unico trauma sulla regione, e tale da poter causare un indebolimento dei muscoli, delle fascie, della guaina vasale e dei legamenti, il precedente intervento operativo. Ma qui due importanti fattori predisponenti dobbiamo ricordare: *l'ereditarietà* delle formazioni erniarie, concetto non del tutto trascurabile, ed *un particolare stato di debolezza* della porta erniaria, dovuto a rilasciamenti ed atrofie dei tessuti, che la compongono; nel caso nostro esistevano appunto due ernie inguinali dirette concomitanti.

Nella statistica di Berger in 222 casi di ernia crurale vi era contemporanea presenza di un'ernia inguinale dello stesso lato, ed, in 87, di questi 222 casi, l'ernia inguinale era bilaterale.

Credo opportuno a questo proposito citare la statistica sugli operati di ernia crurale in questo Reparto Chirurgico dal 1911 al giugno 1922, quale mi riuscì di combinare rivedendo tutte le storie cliniche di tale periodo:

Uomini	54	Con eredità positiva			19	aventi altre ernie			23
Donne	172	„	„	„	67	„	„	„	42
Totale	226		Totale . .		86		Totale . .		65

Secondo questa statistica il 38 % delle ernie crurali hanno eredità positiva. Nella statistica del Donati si ha per le ernie in generale, il 30 %; e secondo quella del Malgaigne, il 27.5 %.

La concomitanza di altre forme erniarie, principalmente sono ernie inguinali e ombelicali, conta per il 23.4 %, cifra abbastanza alta che ben comprova, per questa particolare labilità degli orifici erniari, essere la crurale in genere un'ernia di debolezza. Ma di notevole importanza considero l'aver rinvenuto ben tre forme di ernia crurale vaso-lacunare sulle 226. Mio malgrado non posso su questi due altri casi dare particolari più numerosi, di quelli che sto per elencare, non avendone trovati altri nelle loro storie cliniche.

Entrambi le forme appartenevano ad uomini, uno dei quali aveva 48 e l'altro 57 anni; nessuno di essi aveva subìto interventi in precedenza, nessuno era affetto da alterazioni od anomalie della corrispondente articolazione coxo-femorale, nè aveva subìto in tale regione alcun trauma; in entrambi esisteva un'ernia inguinale dello stesso lato.

Sommando ora i dati circa l'età dei pazienti e la concomitanza di altre ernie non pare ovvia la conclusione di dover considerare anche queste forme, e già lo dissi trattando la loro eziologia, come delle vere e proprie ernie di debolezza; anche il Donati era già pervenuto a questa conclusione.

Per la nostra statistica la percentuale di questa varietà di ernie sale all'1.32 %; non è dunque così rara come potrebbe apparire dalle descrizioni di essa fatte, specie in periodi non del tutto recenti; a mio giudizio però tale valore sembra un po' elevato.

Poche parole sui concetti dominanti nei va-

ri autori per la classificazione delle ernie crurali vaso-lacunari. Seguendone lo sviluppo cronologico appare una continua tendenza a migliorare con la più precisa conoscenza che dell'affezione si venne acquistando grado a grado.

Già il Graser notava l'improprietà del termine unico di ernia crurale esterna potendo una tale ernia utilizzare (sono parole del citato autore) alla sua base tutta l'ampiezza compresa fra il legamento di Poupart da una parte, e i vasi dall'altra, dal legamento di Gimbernat fino all'unione dell'arcata crurale con la fascia iliaca. L'Aschausen distinse l'hernia cruralis vasculo-lacunaris che decorrendo all'innanzi dei vasi occupa la lacuna linfatica, l'hernia cruralis intravaginalis, che penetra nella guaina dei vasi, e l'hernia cruralis esterna decorrente all'esterno dei vasi. Più precisa anatomicamente è la distinzione del De Florio che considerando solo le ernie crurali vaso-lacunari le chiama esterne, anteriori ed interne a seconda che la porta erniaria è situata lateralmente all'arteria femorale, al davanti dei vasi o medialmente alla vena.

Il caso nostro secondo la classificazione dell'Aschausen è un'hernia cruralis intravaginalis, secondo il De Florio un'ernia crurale vasolacunare anteriore.

Dopo quanto abbiamo detto su questa varietà di ernia crurale non è ovvio cercare di dedurre quanto possa essere utile raccogliere dati che ne permettano la diagnosi precisa, in rapporto specialmente dell'intervento chirurgico per la vicinanza dell'affezione ai grandi vasi femorali. Secondo alcuni osservatori la tumefazione erniaria in queste forme ha il diametro trasversale maggiore del verticale, ne risulta una più larga porta erniaria per cui una speciale facilità di riduzione che il più delle volte spontaneamente avverrebbe per il solo passaggio dalla stazione eretta al decubito dorsale (Borelli). Questo come dato differenziale dalle comuni ernie crurali ove per la strettezza della porta la riduzione non è sempre facile e tanto meno spontanea. La tumefazione esterna allora, quando alle solite non si sovrapponessero altre condizioni anatomiche che ne alterassero la comune configurazione, verrebbe ad assumere grossolanamente la forma d'un tronco di cono rovesciato con la base in corrispondenza dell'arcata crurale, mentre nelle comuni ernie crurali la tumefazione esterna è emisferica e ovoidale.

Un altro segno che verrebbe ad assumere una particolare evidenza in queste forme vaso-lacunari è un fremito vasale (specie di onda di ritorno), percepibile lungo il decorso della vena safena alla coscia, in conseguenza dei colpi di tosse, specialmente nel decubito dorsale. Infatti il rapido aumento di pressione endoaddominale provoca un subito impegno dell'ansa nel sacco erniario, questo per contiguità trasmette l'impulso alla vena femorale ed in questa e nei grossi rami affluenti si determina un arresto nella corrente sanguigna, se non addirittura una breve corrente reflua.

Uno dei casi segnalati nella statistica aveva presentato in modo molto manifesto i due segni descritti ultimamente, e si era fatta diagnosi di probabilità. Tale diagnosi fu dall'intervento confermata.

Altri attribuiscono grande valore alla presenza di varici, che sarebbero di indole meccanica; ma in troppe ernie crurali comuni ho notato varici anche voluminose dalla sola parte dell'affezione, per cui penso non sia da tenere un tal fatto in molta considerazione. Purtroppo, come si rileva dalla citata storia clinica, nel caso nostro nessuno dei dati su descritti si manifestava in modo caratteristico. La tumefazione esterna era ovoidale, la porta erniaria era assai stretta, attraverso ad essa appena penetrava la punta dell'indice, il sacco era del volume di quasi un uovo, si espandeva tra la vena e la guaina perivasale mantenendo sempre la direzione verticale per cui il maggior diametro della tumefazione era il longitudinale. La riduzione, appunto per la strettezza della porta non era spontanea, ma opponeva una certa resistenza allo espletamento delle manovre di Taxis. Il fremito venoso non era per nulla evidente, nè esisteva alcun segno di varici dell'arto inferiore corrispondente o di alterazione nel circolo venoso. Per cui, non avendo l'esame obbiettivo offerto alcun segno, per l'avvaloramento del quale si potesse anche in via di probabilità stabilire la diagnosi anatomicamente esatta, questa rimase reperto d'intervento.

Una sola considerazione stimerei utile di fare d'ora innanzi, ed è il cercare di meglio valutare, specialmente quando si riesce ad avvertire con il dito la porta erniaria attraverso i tegumenti esterni, dopo la riduzione dell'ernia, i rapporti di vicinanza fra questa e l'arteria femorale, nettamente avvertibile per la sua pulsazione.

***

Al termine di queste mie considerazioni sento il dovere di ringraziare il chiarissimo professor E. Calamida e per avermi permesso lo

studio del caso descritto e per i consigli avuti durante l'estensione del lavoro.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN (GRASER). *Trattato di Chirurgia pratica. Chirurgia dell'addome*, libro I, Milano, Soc. Edit. Libraria, 1908.
FORGUE. *Compendio di Patologia Chirurgica.*
DONATI. *Chirurgia dell'addome.* U. T. E. I.
SCARPA. *Memorie sull'ernie.* Milano, Reale Stamperia, 1809.
BORELLI. Il Policlinico, vol. XV, C, 1908.
ASCHAUSEN. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* Bd. LXXXII, 1906.
MOSCHOWITZ. Annals of Surgery, vol. LV, 1912.
BERGER. *Cure radicale des hernies crurales.* Soc. d. chir., T. XVIII.
DONATI. *Contributo alla patogenesi ed alla ansa dell'ernia crurale voluminosa.* U. T. E. I.
DE-FLORIO. *Ernia crurale.* Napoli, Tip. Sangiovanni e F., 1910.
PILCHER. Annals of Surgery, vol. LIII, 1911.
NARATH. *Eigenartige Form von Hernia cruralis nach Einrichtung von Lux. fem. cong.* Arch. f. Clin. Chir., Bd. 59, 1899.
JABOULAY e PATEL. *Hernies.* Trattato di Chirurgia. Le Dentu et Delbet, vol. XXV.
TESTUT. *Trattato di Anatomia normale.*
TESTUT e JACOB. *Trattato di Anatomia Topografica.*
TILLAUX. *Trattato di Anatomia Topografica.*

Un caso di ernia di Laugier operata radicalmente con attorcigliamento del sacco

per il dott. SILVESTRO BILE
Chirurgo, Assistente dissettore ordinario presso il R. Istituto di Anatomia Umana Normale di Napoli, diretto dal prof. G. SALVI.

Le varietà più strane si possono riscontrare nella produzione delle ernie, principalmente inguinali e crurali ed il chirurgo che ha avuto agio di operare sovente su dette regioni ha potuto constatare come spessissimo, da individuo ad individuo, il quadro clinico subisca delle sensibili variazioni, e come la tecnica comune di detta operazione debba, a secondo del caso, spesso cedere il posto a tecniche di pura necessità.

Specie nella cura radicale dell'ernia crurale, ogni operatore è sperimentato in una data tecnica ed ogni volta che interviene, certo si propone di attuare quel piano operatorio che in tanti e tanti altri casi gli ha corrisposto benissimo e che è frutto di pregressa esperienza e di allenamento. Ma, purtroppo, non raramente accade che i propositi stabiliti dal chirurgo, svaniscono innanzi a vere e proprie sorprese, starei per dire. Tra le tante varietà dell'ernia crurale (Hernia femoralis pectinea; hernia femoralis externa; hernia femoralis retrovascularis; hernia femoralis properitonealis, ecc.), v'è una sottospecie detta «ernia di Laugier o del legamento di Gimbernat», che oggi è oggetto di questo mio modesto contributo clinico. Questa rara varietà fu messa in luce e descritta dal Laugier, dal quale ha preso il nome.

Anatomia. — Nella regione inguinale si parla di canale inguinale, che serve a trasmettere al testicolo gli organi necessarii alla sua nutrizione e a condurre nella pelvi le vene e il condotto deferente. Non così accade nella regione sottoposta al legamento di Poupart (regione inguino femorale) dove erroneamente si parla di canalis femoralis. Ogni uomo certamente ha un canale inguinale, attraverso il quale passano gli organi suddetti, ma non ogni uomo ha un canale crurale, o piuttosto questo esiste solo, quando attraverso di esso si è fatta strada un'ernia.

Canale crurale equivale quindi a *canale erniario.* In contrapposizione dello anello crurale addominale che è il punto in cui questo canale abbandona la cavità dell'addome, ve ne è un altro, detto anello crurale esterno per il quale il tragitto o canale suddetto raggiunge la superficie (annulus femoralis subcutaneus). Se si considera la regione inguinale dal lato del peritoneo si rilevano le tre fossette classiche site in vicinanza del legamento inguinale; ora, anche al disotto di detta corda legamentosa si trovano alcune fossette, e cioè, una direttamente al disotto della fossetta inguinale interna, tra il ponte di Poupart e la branca orizzontale del pube; e una al disotto di questa branca. Esse vengono indicate col nome di «fossetta crurale» la prima, e di «fossetta otturatoria» la seconda.

Ora è appunto per la 1ª fossetta che si fanno strada all'esterno le ernie crurali. Dette ernie per venire all'esterno forzano la parete nel punto in cui questa si presenta di minore resistenza, cioè a dire nell'ambito dell'*annulus abdominalis* nel quale si distinguono comunemente tre lati, ma che meglio sarebbe considerarne quattro. Uno superiore o anteriore è costituito dal tratto corrispondente del legamento di Poupart; uno inferiore è dato da un nastro fibroso teso sulla branca orizzontale del pube alto qualche mm. (legamento sovrapubico di Cooper), e l'ultimo, l'esterno è dato dalla guaina della grossa vena femorale.

Così descritto l'annulus femoralis abdominalis sarebbe di forma approssimativamente triangolare, dato che per alcuni il legamento falciforme di Gimbernat sarebbe un angolo e più precisamente l'angolo interno.

Ora, più opportunamente e con maggiore

esattezza il legamento suddetto costituisce il quarto lato dell'annulus (l'esterno), sia per la sua robustezza sia per il suo orientamento. Detto legamento che altro non è che il rovesciamento in sotto posteriormente della estremità pubica del pilastro esterno dell'anello inguinale, si presenta sotto forma di una placca fibrosa che riempie in parte l'angolo di convergenza tra il pube e il legamento di Poupart.

Per forma il legamento in questione si presenta triangolare con l'apice al pube e la base alla parete della vena; può presentarsi robusto in alcuni individui, mentre in altri si presenta non solo debole, quanto ristretto assai nella sua estensione, e viceversa. Normalmente la sua compagine fibrosa non presenta alcuna lesione di continuo, ma può accadere che, attraverso a dei piccoli pertugi, dei vasi linfatici penetrino nella placca triangolare indebolendo la sua tessitura e facendole acquistare un aspetto sottilmente cribato. Ed io ricordo benissimo come l'anno scorso, preparando la regione inguino-crurale, abbia trovato l'area triangolare del legamento di Gimbernat forata in due punti vicinissimo l'uno all'altro dal cammino di due esili vasi venosi. Posso quindi ritenere che assieme ai due organi suddetti, anche dei vasi linfatici vi decorrevano, discontinuando la integra compagine della placca legamentosa in questione.

Ora, se l'espansione del legamento di Gimbernat si presentasse estesa, se vi fosse una discreta aderenza tra la falce e la guaina vascolare da ridurre al minimum o a niente l'anello femorale e se ancora per anomalia di decorso e di ubicazione per necessità, i vasi linfatici e qualche vasellino venoso si aprissero il varco attraverso detta lamina; si capisce come anche dietro reiterati sforzi e in un individuo con debolezza dei tessuti per di più, anche un viscere addominale col suo sacco potrebbe a poco a poco farsi strada attraverso questi orificii preformati e costituire quella sottospecie di ernia crurale detta di Laugier o del legamento di Gimbernat. Solo così io credo si possa immaginare l'evoluzione e la formazione di detta varietà erniaria, poichè se ciò non fosse, io non saprei capire come un'ernia per farsi strada all'esterno scelga un punto robusto, piuttosto che cedere all'invito offertole dall'*annulus abdominalis* che per se stesso costituisce un *locus minoris resistentiae*.

Queste ernie, più delle altre, vanno soggette allo strozzamento, poichè facilmente si capisce come il colletto del sacco, sarà circondato *in toto* da un anello stretto, robusto, non cedevole, e non troverà il più piccolo spazio (come quello della guaina vascolare) per espandersi; bensì sarà, mi si passi l'espressione, carcerato *in toto*. Formatasi, ad ogni modo, detta varietà di ernia, il peritoneo potrà essere spinto in fuori o in dentro dell'arteria ombelicale, venendo però a riuscire nel canale femorale, sempre ad una certa distanza dall'arteria.

Circa il rapporto del sacco con la parete venosa, può dirsi che sia identico o quasi a quello della comune ernia crurale.

Cruveilhier, dopo Laugier, riscontrò anche lui questa sottospecie di ernia; non solo, ma ne studiò una classica duplicità disseccando il cadavere di una donna anziana.

Demeaux, Legendre e Bastieu potettero studiare ancora tre casi; e, ancora Jaryavay ne pubblicò un altro nel quale gli fu possibile assodare la diagnosi prima dell'intervento (!). Qualche altro autore ha potuto riscontrare un vero e proprio idrocele nel sacco crurale passante attraverso il legamento di Gimbernat; tale è il caso descritto da Hennig.

Berger ebbe occasione di riscontrare un ammasso lipomatoso attraversante il medesimo legamento.

Per quanto sappia, credo che la letteratura medica non riporti nessun caso di coesistenza di una ernia gimbernatica e di una comune. Certo simile caso si sarà potuto benissimo avverare nella pratica chirurgica e forse sarà sfuggita all'operatore, anche potendosi dare il caso che la sottile linguetta connettivale che divideva i due sacchi si sia ridotta ai minimi termini da venire quasi eliminata dallo evolversi ulteriore dell'ernia.

Dai suesposti criterii scaturisce di conseguenza di quanta utilità sia il conoscere il normale e l'anormale decorso dell'arteria otturatoria in caso di strozzamento, il che è molto più frequente nelle ernie crurali che in quelle inguinali.

Ordinariamente l'arteria crurale al davanti del legamento di Poupart, fornisce l'arteria epigastrica superficiale che si porta all'interno e in alto. Subito dietro il legamento di Poupart ha origine l'arteria epigastrica inferiore che si orienta ugualmente in alto e all'interno. Entrambi i vasi dunque decorrono all'esterno del canale crurale. A sua volta l'arteria otturatrice origina dalla arteria iliaca interna o ipogastrica, e, dirigendosi verso il canale otturatorio segue il margine del bacino. Non di rado però, anzi starei per dire, abbastanza frequentemente, si osservano delle anomalie di decorso:

1° l'arteria epigastrica inferiore origina dalla iliaca e decorre ad arco lungo il legamento di Poupart verso la linea mediana, mettendosi in intimo contatto col margine superiore dell'anello crurale;

2° dall'arteria epigastrica inferiore si stacca spesso un ramo comunicante che va alla arteria otturatrice passando sul margine interno dell'anello crurale;

3° l'arteria otturatrice può nascere dalla crurale, rasentando l'anello femorale;

4° l'arteria otturatrice alla sua origine dall'arteria crurale, forma un tronco unico con l'epigastrica inferiore; se questo è molto breve, può scendere in basso all'esterno dell'anello crurale;

5° se il tronco comune di origine è più lungo, l'arteria otturatoria si mette in intimo rapporto col margine superiore dell'anello, e, passando sopra il legamento di Gimbernat (quindi sul lato interno dell'anello crurale), si dirige all'esterno e in basso verso il canale otturatorio.

Può dunque, dato questo caso, la parte iniziale di una ernia crurale essere circondata all'intorno da vasi che facilmente in un intervento possono venir lesi; all'esterno vi sarà dunque la vena femorale, all'interno l'arteria otturatoria, in alto il tronco comune della epigastrica e dell'otturatoria.

Questa temuta anomalia vascolare ebbe da Hesselbach il nome di «corona dei morti» ed è tutt'altro che rara. Il Cloquet su 125 cadaveri d'uomini la trovò 21 volte da tutti e due i lati, e 14 volte da un lato solo; e su 125 cadaveri di donne, 35 volte dai due lati e 13 da un solo lato. Testut e Jacob (*Anatomia Topografica*) affermano che una volta su tre detta anomalia si riscontra.

Scaturisce per tutto ciò che è stato detto che il miglior sito per sbrigliare uno strozzamento sia che appartenga ad un'ernia crurale comune, sia alla sottospecie di Laugier, la cui diagnosi non si potrà mai fare prima, è di tagliare in sotto verso la branca orizzontale del pube.

***

Ecco il caso clinico capitato a me nel giugno scorso in Abbruzzo, caso che per la rara varietà e per la tecnica usata, credo meriti un certo interesse pratico.

V. D'A., di anni 50, di Vasto Aimone (Abbruzzo), ammogliato, con figli, tutti viventi e sani. Contadino. Nessun precedente erniario nella famiglia e nessuna malattia pregressa degna di nota.

Cinque o sei anni fa, a detta del paziente, senza causa apprezzabile accusò un dolore prettamente puntorio alla regione crurale di destra, dove apparve dopo breve tempo un piccolissimo tumoretto rotondeggiante. Parecchie volte è andato incontro ad incarceramento per cui s'è dovuto mettere in letto, con fortissimi dolori di stiramento, e ha dovuto applicare del freddo localmente.

Stato presente. Condizioni generali non floride; abito leggermente linfatico con masse muscolari scarse. L'esame a carico dell'apparecchio respiratorio cardiovascolare e digerente non rivela nulla d'importante. Alla regione crurale di destra, e propriamente nel suo terzo interno, si nota un tumoretto della grandezza di una piccola nocciuola, di consistenza molle, elastica, che alla pressione risveglia dolori nell'infermo. La pelle che sovrasta il tumore si presenta normale e lascia intendere molto chiaramente, per la scarsezza del tessuto adiposo sottocutaneo, il decorso della safena.

Ridotto il tumore e infossando in profondità il dito, a stento si percepisce un piccolo foro resistente a contorno circolare.

Questa manovra risveglia maggiormente dolori all'ammalato.

Molto evidenti e tangibili al palpamento sono parecchi gangli linfatici che attorniano la piccola bozza.

La pulsazione della femorale, che è evidentissima, si percepisce all'esterno del tumore. La percussione rileva suono ottuso. Si fa diagnosi di ernia crurale, a contenuto probabilmente epiploico.

Atto operativo. Assistito dal dott. Giuseppe Cieri procedo all'atto operativo.

Anestesia locale col Novostasin. Incisione parallela al decorso dei vasi.

Appena incisa la pelle, compare il sacco. S'inizia l'isolamento, che porta via molto tempo per fitta aderenza ai tessuti circostanti. Isolato *in toto* il sacco erniario e ridotto facilmente il contenuto che per la consistenza granulosa conferma la diagnosi di epiplocele, si passa alla emostasi definitiva. Sollevata con un divaricatore comune la corda inguinale si mette in piena luce la regione della porta erniaria.

Il legamento di Gimbernat appare con una soluzione di continuo nel mezzo della sua superficie, attraverso cui si fa strada il colletto del sacco erniario. Introflessolo parzialmente a dito di guanto cerco di sentire l'anello che si presenta rigido in tutto il suo contorno. Premendo col dito più all'esterno, questo si affonda a stento in un altro punto debole confinante lateralmente con la parete venosa che appare liberamente.

Si fa diagnosi di ernia gimbernatica e si passa subito alla cura radicale.

Siccome i tessuti del paziente non mi danno affidamento per poter impiegare il mio metodo sulla cura radicale dell'ernia crurale (*Riforma Medica*, anno XXXVII, n. 26), e siccome la porta erniaria è stretta abbastanza ed è profonda, trafiggo con un ago molto curvo il colletto del sacco e lo ligo con Catgut n. 3. Attorciglio mediante una Kocher fissata alla estremità libera, il sacco, lo infosso e lo suturo tutto intorno al tessuto connettivo ambiente. Toilette definitiva del campo operatorio e chiusura cutanea con due punti di Cat-

gut e tre ciappe del Michel (modello grande). Decorso postoperatorio ottimo. L'infermo lascia il letto all'undecima giornata.

Nulla che sia al di fuori dell'ordinario nella tecnica se si eccettua la manovra di attorcigliamento e la mancata escissione della parte eccedente del sacco.

L'infermo che ho rivisto pochi giorni or sono, sta benissimo e mostra una ermetica chiusura della porta erniaria. Invitato a tossire forte, nulla, assolutamente nulla percepisce la mano che preme.

Avrei potuto impiegare non uno, ma parecchi metodi per la cura radicale dell'ernia, e se non ho creduto far ciò è stato per sperimentare se un succo ligato alla sua base, attorcigliato e infossato m'avesse potuto dare dei buoni risultati. Non solo, ma trattandosi di una porta erniaria stretta abbastanza, che non lasciava passare nemmeno l'estremità del mignolo, ho creduto mezzo più spicciativo, ma nel contempo sicuro, quello impiegato.

BIBLIOGRAFIA.

CHIARABBA. *Un caso di ernia di Hesselbach.* Giornale di Ginecologia e Pediatria, 1906.

CLOQUET. *Recerches anatomiques sur les ernies de l'abdomen.* Paris, 1917.

DONATI. *Trattato di chirurgia dell'addome.*

WULLSTEIN, HALLE. *Studio delle ernie.* Trattato di Chirurgia, vol. II.

JABOULAY et PATEL. *Hernies. Trattato di chirurgia.* Le Dentu e Delbet, vol. XXV.

KÖNIG. *Trattato di Patologia chirurgica,* 1889.

ROCHARD. *Les hernies.* Paris, Octave Doin, 1904.

TESTUT e JACOB. *Trattato di Anatomia topografica.*

TILLAUX. *Trattato di Anatomia topografica.*

RUGGI S. e CARLO NASI. *Ernie. Trattato Italiano di chirurgia.*

FORGUE. *Compendio di Patologia chirurgica,* vol. II.

PICQUÈ, R. *Trattato pratico di Anatomia chirurgica e Medicina operatoria,* parte II.

BERGMANN e BRUNS. *Trattato di chirurgia pratica.*

SULTAN. *Ernie.*

HYRTL. *Manuale di Anatomia topografica.*

SCARPA. *Sull'Ernia. Memorie anatomo-chirurgiche.*

RICARD e LAUNAY. *Tecnique chirurgicale,* 1905.

DUPLAY S. e RECLUS P. *Traité de chirurgie,* 1896.

TILLAUX. *Chirurgia clinica.*

OSPEDALE DUCHESSA DI GALLIERA IN GENOVA.
QUARTA SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. LUIGI MACAGGI.

Ernia crurale appendicolare strozzata.

Dott. ATTILIO CATTERINA, assistente volontario.

Riferiamo un caso clinico abbastanza raro.

N. Santa, di anni 42, da Genova. Gentilizio puro. La paziente non ricorda di aver sofferto malattie degne di nota. Mestruò a 14 anni e da quell'epoca le mestruazioni si seguirono normali. Si sposò a 26 anni.

Circa cinque anni or sono, senza alcuna causa manifesta, notò nella regione inguino-crurale di destra una tumefazione della grandezza di un uovo di piccione a cute sovrastante normale, leggermente dolente alla pressione che aumentava di volume se l'ammalata compiva qualche sforzo. Detta tumefazione poteva essere facilmente ridotta dall'ammalata stessa, che non portò mai alcun cinto.

Tre giorni prima dell'ingresso all'ospedale l'inferma notò che non le era possibile di ridurre come al solito il tumore del quale era affetta e contemporaneamente avvertì dei dolori diffusi a tutto l'addome e una più spiccata dolenzia della tumefazione.

Assenza di vomito; alvo regolare; apiressia.

Persistendo tali fatti, per consiglio di un sanitario, riparò al nostro ospedale dove venne accolta il 30 dicembre 1921 con diagnosi di ernia crurale omentale destra strozzata.

Esame obiettivo. — Donna di aspetto sano; sviluppo schelettrico regolare; pannicolo adiposo scarso; masse muscolari normali. Temp. 36°.9; Polso 86 regolare ritmico; respiro 21.

Negativo l'esame dei polmoni, del cuore, delle urine.

L'addome si presenta leggermente meteorico; modica difesa peritoneale.

In corrispondenza della regione inguino crurale di destra si nota una tumefazione della grandezza e forma di un uovo di gallina a cute sovrastante tesa; lucente, di colorito rosso vinoso.

Facendo aumentare la pressione endo addominale la tumefazione non aumenta di volume nè si modifica nella posizione eretta, nè in quella di decubito dorsale.

Alla palpazione si nota leggero aumento di calore; la cute è male sollevabile in pieghe e si presenta edematosa; la superficie del tumore è liscia, la consistenza è tesa, elastica, fluttuante: vi è spiccata dolenzia alla pressione anche lieve.

In seguito a tali dati, confermata la diagnosi di ernia crurale omentale destra strozzata, si decide di operare di urgenza l'ammalata.

In eteronarcosi, con incisione arcuata, si mette allo scoperto l'arcata di Falloppio e si scopre subito il peduncolo erniario.

Si nota marcata infiltrazione dei tessuti perisacculari ed isolato il sacco si rileva di colore rosso cupo.

Apertolo si dà esito a due cucchiai circa di liquido sieroso ematico fetido e vi si nota la presenza di un viscere a forma di verme della lunghezza di circa otto centimetri, di colorito di foglia morta, con evidenti chiazze di necrosi e ripiegato ad ansa nel suo estremo distale e per circa sei centimetri.

Lo strozzamento è dato dal colletto del sacco che si toglie facilmente facendo la divulsione del colletto stesso, previa incisione del Gimbernat.

Riconosciuto che l'organo strozzato è l'appendice, facendo modica trazione su di essa si constata che l'inserzione cecale è perfettamente sana e con scarso mesenteriolo.

Sezionato il mesenteriolo fra due legature si stringe con una pinza l'appendice alla sua base, si allaccia sul solco della pinza e si recide al di sopra causticando col termocauterio la mucosa del moncone che si introflette nella

parete cecale mediante alcuni punti alla Lembert.

Respinti i visceri nella cavità addominale si chiude il sacco con una robusta legatura e si recide al di sotto di esso la porzione esuberante.

Si affonda poi il moncone facendolo passare nel bacino al di là del livello di imboccatura dell'imbuto crurale.

Con un ago molto curvo si sutura con varii punti il legamento inguinale colla fascia pettinea e separatamente la fascia superficialis.

Data l'infiltrazione dei tessuti perisacculari si pone in grembo alla ferita operatoria un sottile drenaggio di garza e si sutura la cute con qualche punto staccato.

La guarigione della ferita avvenne per seconda intenzione come era ben prevedibile date le condizioni dei tessuti di già in preda ad un discreto processo flogistico e l'inferma potè abbandonare l'ospedale perfettamente guarita il 29 gennaio 1922.

Commento. — Abbiamo consultato attentamente la letteratura italiana e straniera se altri casi consimili fossero pubblicati precedentemente al nostro, e mentre anche in Italia ne furono illustrati varii di ernie crurali dell'appendice con una frequenza abbastanza notevole, solamente nella letteratura straniera sono illustrati pochi casi clinici simili a quello da noi descritto.

Al Tailchefer, al Wulf, al Bangle, al Mhor, al Verard, all'Olivier è occorso di osservare e di intervenire chirurgicamente per ernie crurali strozzate dell'appendice e a tutti questi autori non fu possibile di stabilire a priori la diagnosi esatta dell'infermità, giacchè essa si presenta cogli stessi sintomi e colle stesse caratteristiche delle ernie omentali strozzate.

Lo Sprungel in una statistica da lui pubblicata oltre a descrivere due casi simili al nostro ne ha un terzo di ernia inguinale strozzata dell'appendice.

Quello che sorprese gli altri autori e noi stessi fu di vedere all'esame obiettivo una reazione flogistica piuttosto intensa dei tessuti sia superficiali che profondi e le condizioni dell'ammalata per nulla alterate.

Il Schaible osservò un caso di amputazione spontanea dell'appendice in ernia crurale strozzata e la conseguente formazione di fistola; egli è poi di opinione che possa anche avvenire la guarigione spontanea se non si intervenisse chirurgicamente in simili casi, mercè una intensa reazione del sacco, dei tessuti peri sacculari e della cute stessa; reazione che darebbe come esito finale l'apertura spontanea del sacco e la formazione di una fistola attraverso la quale la natura tenterebbe di espellere come un sequestro il moncone di appendice cangrenata dallo strozzamento.

Un caso di appendicite erniaria.

Dott. MICHELE DELLAVALLE.
Cavallermaggiore.

Il caso sul quale voglio richiamare l'attenzione, è assai interessante sia per la sua rarità, come per la storia clinica e per la mancanza assoluta di certi sintomi, che avrebbero dovuto manifestarsi assai imponenti, dato il reperto patologico riscontrato al tavolo operatorio. Si tratta in poche parole, di uno di quei casi, già da parecchi osservatori citati e descritti, di appendicite erniaria, ma reso qui alquanto più interessante dallo stato speciale del paziente, il quale, per un tempo tutt'altro che indifferente, e senza grandi disturbi, portò uno di quei soliti cinti erniari, così diffusi ovunque, e che si appoggiava sulla regione dell'orificio inguinale, comprimendo talmente l'appendice, che se pure la sua presenza costituì una sorpresa operatoria, fu anche sorprendente il pensare quanto tempo decorse senza una sintomatologia, e senza che si producessero nel viscere erniato, delle pericolose alterazioni. Il caso si presta ad essere considerato sotto vari aspetti, che esaminerò brevemente, riportando la storia clinica ed il reperto operatorio, entrambi assai dimostrativi nella loro semplicità:

Si tratta di un contadino: M. F., di anni 47, forte bevitore. Nell'anamnestico famigliare non v'è che un fratello morto per tubercolosi polmonare. L'ammalato non ha avuto malattie degne di nota; nega infezione luetica. Da 4 anni è sofferente di ernia inguinale destra, che gli cagiona tutti quei tipici sintomi, che per brevità non descrivo. Da tale tempo porta il cinto erniario ed ha potuto sempre attendere ai lavori dei campi piuttosto pesanti. Da epoca indeterminata, che il paziente fa risalire a 5 mesi, notò un aumento dei dolori, tanto che qualche volta era costretto a sospendere il suo lavoro. Accusa pure disturbi gastrici. Per i motivi sopra detti l'ammalato viene a farsi visitare.

Obiettivamente, venendo a quanto ci interessa, in corrispondenza della regione inguinale destra, si nota una tumefazione che si estende alla borsa scrotale, che alla percussione dà un suono timpanico, ed alla palpazione un manifesto gorgoglio, mentre nelle manovre di riduzione, si fa rientrare nell'addome l'intestino, che costituiva la tumefazione. Il cordone si palpa come se fosse ingrossato. Nessun altro sintomo soggettivo ed oggettivo. Si fa diagnosi di ernia inguino-scrotale riducibile e contenibile. L'ammalato è operato dal dott. Longo nell'ospedale locale: previa rachianestesia novocainica, col solito taglio; si esterna il testicolo, al quale si trova aderente un corpo allungato, grande come un dito mignolo, lungo 6 cm. che si riconosce per l'appendice. Si isola cominciando dal polo inferiore, l'apice dell'appendice, la quale segue il funicolo, col quale è aderente. Si pratica poi l'appendicectomia, si

riduce il cieco, si asporta il sacco, e si pratica l'operazione radicale. L'appendice asportata appare alquanto infiammata, ingrossata e dura. Essa era ricoperta di briglie fibrose, che hanno richiesto un certo tempo per l'isolamento, che si fece con mezzi ottusi, facendo essa parte cogli elementi del funicolo, per l'infiammazione di lunga data. Guarigione per prima intenzione.

Non ritengo opportuno richiamare l'attenzione su tutta l'importanza che nella sua eccezionalità poteva avere il caso che sono andato riferendo, ed è inutile pure che io dica sulla sintomatologia che da un momento all'altro avrebbe potuto provocare, mentre invece è più che tutto utile tenere presente l'eventuale insorger di pericoli, che nessuno avrebbe rilevato se il paziente non si fosse sottomesso ad una operazione che oltre a salvarlo da un esito assai pericoloso, ne mostrò tutta la rarità e l'importanza.

I primi casi di ernia dell'appendice furono citati da Morgagni nel 1785 e poi le osservazioni si succedettero finchè nel 1842 Cataret e Javanelli considerarono l'insieme di tale questione, fino ai lavori di Brieger, ove si presero in esame le varie cause che avrebbero potuto influire sulla genesi di tale processo. Più recentemente ricorderò un caso di Martini di un ragazzo di 8 anni, operato con diagnosi di epiplocele strozzato, uno di Maiocchi di appendicite in sacco erniario, e bisogna tenere presente che sovente tale eventualità si combina con lo strozzamento dell'intestino. Cignozzi descrisse casi analoghi al mio: 7 casi di appendicite erniaria, in cui cioè v'era flogosi del viscere erniato, ed altri 7 casi di ernia appendicolare, che si riduce in fondo ad essere lo stesso, ma senza flogosi, con semplice presenza dell'appendice sana nel sacco erniario; un caso ancora più interessante fu descritto da Manuel in un bambino, in cui entrava però in gioco un fattore congenito: si trattava di un'ernia inguinale congenita sinistra, in cui fu ritrovata l'appendice con tali segni di infiammazione, che era aderente al sacco, e ciò senza che vi fosse il situs viscerum inversus. La questione di un'ernia dell'appendice, comporta naturalmente con sè il fatto di un'abnorme mobilità dell'intestino, che può essere riferita a cause diverse che si può benissimo pensare come causa prima del processo.

Devo qui ricordare che se il cosidetto cieco mobile, per alcuni non comporta nulla di speciale nella genesi del processo appendicitico, per altri assume una importanza notevole, poichè l'abnorme mobilità, può per lo più comportare un certo grado di atonia, onde la facile produzione di un catarro per successiva fermentazione del contenuto; vi si producono delle sostanze eminentemente irritanti, che da una parte aiutano notevolmente l'infettarsi della parete, e dall'altra ne diminuiscono ancora la motilità; ed a buon conto, se il cieco mobile può essere discutibile come causa dell'appendicite, è invece stato indubbiamente il primum movens dell'ernia appendicolare. Nel caso attuale ci si potrebbe anche chiedere, se non potesse per caso esserci qualche cosa di congenito, dal momento che il processo infiammatorio all'appendice fu preceduto da una ernia appendicolare: l'idea non sarebbe da scartarsi, se si pensa che in tale eventualità, la causa può benissimo riferirsi alle speciali condizioni embriogenetiche e patogenetiche sulla dislocazione del cieco; fatti interessanti di questo genere furono descritti, ma nel caso nostro si urta in primo luogo contro l'età: l'ammalato aveva 47 anni, mentre tale spiegazione potrebbe servire solo per soggetti assai giovani. Inoltre i disturbi riferibili all'ernia, daterebbero da 5 anni, ed è ben difficile per non dire impossibile, che tale eventuale stato di cose sia decorso negli anni prima assolutamente asintomatico. Esistevano intanto indubbiamente delle speciali condizioni anatomiche, come una abolizione quasi completa del canale inguinale, il cui orifizio è abnormemente allargato, ed una lunghezza e mobilità abnorme dell'intestino. Quest'ultimo fatto è verificabile assai di frequente e la letteratura ne è riccamente illustrata; fra le varie appendiciti a sede anormale, ricorderò un'ectopia in corrispondenza dell'epigastrio, un'altra a sede intramesenterica, situata cioè fra i due foglietti dell'ultimo tratto del mesentere del tenue, e furono riportati perfino casi di ernie ombelicali cieco-appendicolari. I casi di ectopia dell'appendice, spiegano una gran parte di quelle che venivano diagnosticate assai diversamente come per esempio per ovarosalpingiti, anche da valenti ginecologi. Devo ricordare che un fatto non trascurabile, sarebbe stato una certa lunghezza dell'appendice, un caso riferito da Barraw in un negro, misurava ben 29,4 cm. ed in altri casi, si notarono perfino fatti di intussuscezione; qui però tale fatto non dice nulla, perchè la lunghezza riscontrata di 6 cm. è all'incirca la media.

Quello invece su cui importa fermarsi fu il suo stabilirsi nel sacco erniario assieme ad una parte più o meno grande di intestino; e quantunque una posizione insolita dell'appendice non sia per molti AA. un segno necessario di malattia, resta però indubitato che ogni qualvolta si sia stabilita una sede anomala, con più facilità, per cause che potreb-

bero in gran parte essere anche quasi esclusivamente meccaniche, può stabilirsi il processo infiammatorio; qualche cosa di analogo ad esempio si ha nei casi citati di appendicite consecutiva a rene mobile, in cui secondo una fra le più accreditate ipotesi che si contendono il campo, il rene, tirando in basso il colon, deprimerebbe il cieco, onde l'appendice viene ad essere compromessa. Nel caso nostro però interviene una causa che possiamo definire veramente traumatica, quella del cinto, il quale comprimeva esattamente sul viscere erniato; e certo ebbe una parte non indifferente nella genesi del processo infiammatorio, come ne fanno fede le aderenze flogistiche al testicolo ed a parte del funicolo, il quale si palpava distintamente ingrossato ed indurito, per tutto il suo decorso, tanto che poteva essere giustificato il pensare ad una infiammazione lenta del dotto deferente. Devo qui ricordare che il processo appendicistico, avrebbe con facilità potuto dare la sintomatologia dell'ernia strozzata, il che sarebbe stato perfettamente simulato dalla irreducibilità provocata dalle aderenze: Villar cita un caso di ernia inguinale destra, con tale sintomatologia da far pensare ad una ernia strozzata, ed al tavolo operatorio, si constatò l'ernia, con discesa del cieco e dell'appendice, che era infiammata ed aderente all'epiploon. Nel nostro caso ciò non si verificò, perchè tutto il resto dell'intestino era perfettamente riducibile ed anche contenibile, come infatti ne fu fatta la diagnosi. Data la presenza e più che tutto l'estensione delle aderenze, non è fuor di luogo pensare che se il momento in cui si trovava, aveva la parvenza di uno stadio direi cronico, doveva probabilmente essere stato preceduto in modo più o meno manifesto, da una fase acuta, la cui esistenza sfuggì, sia forse per l'anomalia della sede, o per altri fatti sconosciuti, inglobandosi nella sintomatologia generale dell'ernia inguinale. Ad ogni modo, quello che intendevo specialmente far rilevare, è che nel malato in questione, non vi era presumibilmente nell'inizio del processo, alcun fatto infiammatorio riferentesi all'appendice: la mancanza assoluta del più piccolo sintomo per il passato, in un soggetto dedito quotidianamente a lavori assai faticosi, permette di accettare tale ipotesi. Per le già ricordate condizioni anatomiche del canale inguinale del soggetto, venne a stabilirsi attraverso la porta erniaria, l'ernia che abbiamo riscontrata, aiutata senza dubbio in gran parte da un grado più o meno accentuato di discesa del cieco, legata naturalmente ad abnorme mobilità e lunghezza dell'intestino. L'appendice fu dunque trascinata sana, nella borsa scrotale, costituendo così in un primo momento, una vera ernia appendicolare; ed il paziente stesso, fidando sulla sua contenibilità, la favoriva con l'applicazione del cinto, che, venendo a comprimere direttamente il canale inguinale, comprimeva l'appendice che rimaneva come l'unica parte di intestino erniato, e non riducibile. In un secondo tempo poi, dopo il lungo traumatismo continuamente sofferto per opera del cinto, si comprende come nell'appendice sia venuto poco alla volta stabilendosi un grado non indifferente di flogosi, con esito in aderenze tenaci, molto estese, come furono descritte, e testificanti una data certamente non molto vicina del processo. Questo, cominciato con una semplice ernia appendicolare legata a speciali condizioni anatomiche, trovò in queste stesse e nel mezzo di contenzione usato dal paziente, la causa del secondario fatto infiammatorio, dando così luogo alla tipica appendicite erniaria.

LETTERATURA.

Riforma Medica, n. 30, 1919.
Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 35, 1915.
Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 13, 1921.
Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 70, 1920.
Policlinico, Sez. Chirurgica, n. 2, 1919.
Riforma Medica, n. 27, 1920.
Journal de Médicine de Bordeaux, n. 1, 1920.
Jour. of Am. Med. Ass., novembre 1920.
BÉGUIN, BOURGEOIS, ECC. *Compendio di Patologia Chirurgica.*
Brit. Med. Journal, marzo 1920.
Gazzetta Ospedali e Cliniche, n. 50, 1911.
R. Accademia dei Fisiocritici, Siena, 23 dicembre 1911.

OSPEDALE CIVILE DI ORTONA A MARE.

Ernia incarcerata (ovaio) del canale di Nuck.

Prof. LICINI dott. CESARE
direttore e primario chirurgo.

L'ernia inguinale nella donna, è stata lungamente studiata, e non è quì il caso di ripeterne tutta la patologia, che trovasi in tutti i trattati di chirurgia. A me è capitata di operare una donna affetta da una simile ernia, e che presentava quale causa di complicanza, l'incarceramento dell'ovaio dello stesso lato, complicanza non frequente in simile affezione.

Antonietta S. di Domenico, di anni 34, maritata, casalinga, da Palombaro.

Nulla di speciale nel gentilizio, non fece mai malattie degne di nota, mestruò a 16 anni, le mestruazioni furono sempre regolari, andò a marito a 19 anni, con persona sana, non ebbe mai concepimenti. Ricorda che i parenti le dicevano che fin dalla nascita aveva una tumefazione alla regione inguinale sinistra, tumefazione che scompariva con il decubito dorsale o con la pressione diretta, per cui le fu applicato, per un certo tempo, un cinto, in seguito

a che la tumefazione non comparve più. Però quattro giorni fa la tumefazione, senza cause apprezzabili, ricomparve, dapprima riducibile ed indolente, poi nel giorno successivo irriducibile e dolente. Da due giorni la tumefazione è aumentata di volume provocando vivi dolori locali ed al basso ventre.

All'esame somatico si rileva una donna robusta, nulla di speciale all'esame dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, nulla all'esame delle urine. L'addome è trattabile, l'alvo è aperto, l'esame ginecologico fa notare che l'utero è portato verso sinistra e fisso in tale posizione, gli annessi di questo lato non si palpano, quelli di destra non presentano nulla di speciale. Alla regione inguinale di sinistra si nota una tumefazione della grossezza e forma di un uovo di gallina, che dal canale inguinale va fino alla radice del grande labbro dello stesso lato; detta tumefazione è fissa, ricoperta da cute sana, ha consistenza elastica, alla percussione dà suono ottuso, alla pressione non cambia nè di forma nè di volume. Operazione 24-6-1922. In anestesia lombare con stovaina si incidono i comuni tegumenti e si perviene sulla tumefazione che è data da una membrana a pareti tese e che ha sensazione di contenuto liquido. Si apre il canale inguinale e si nota che al livello dell'orifizio esterno di esso, esiste una costrizione ad anello, che divide la tumefazione in due parti. Si apre il sacco erniario alla sua parte distale, e vien fuori un getto di liquido sieroso emorragico, che trovavasi sotto forte tensione. Esplorando l'interno del sacco si nota che nella sua parte centrale è chiuso da un corpo a superficie rosea, che è fisso nella strittura del sacco. Praticate due piccole incisioni con l'erniotomo nel cingolo strozzante, si può estrarre il corpicciolo che viene riconosciuto per l'ovaio di sinistra. Esso presenta un solco corrispondente allo strozzamento, è leggermente edematoso nella sua parte distale, non presenta altre specialità. Viene ridotto nell'addome, e si termina l'operazione secondo il metodo radicale. Il sacco presenta appena al di fuori dell'anello inguinale superficiale, un accenno a chiusura molto accentuato con un diametro di circa un centimetro. L'esame istologico delle pareti del sacco dimostra un'ipertrofia delle fibre connettivali ed elastiche, nonchè la presenza, specie nella sua parte distale, di fibre muscolari. L'epitelio di rivestimento è in certi punti largamente sfaldato, e nelle pareti del sacco si notano i vasi sanguigni ripieni di sangue che in parte è stravasato nei tessuti; accumuli di elementi sanguigni si trovano anche nei punti di sfaldamento dell'epitelio, in special modo. L'inferma guarì di prima dell'operazione e fu dimessa in decima giornata dall'ospedale. Torno a ripetere che non credo opportuno trattare qui delle diverse specie di ernie della regione inguinale della donna.

Nel caso da me esposto trattavasi evidentemente di ernia congenita, tanto più che la stessa malata dice che fu notata fin dalla nascita.

Questa ernia ebbe per un certo periodo un avviamento alla guarigione, forse per l'applicazione del cinto, e traccia di essa l'abbiamo nell'accenno a chiusura che si riscontrò ad una certa altezza del sacco erniario, accenno a chiusura che in appresso fu causa di seria complicanza con l'incarceramento dell'ovaio. Già prima dell'operazione si sospettò che un annesso dell'utero doveva essere l'organo strozzato, per il fatto che nell'esame vaginale, l'utero era portato verso sinistra e fisso da questo lato, nello stesso tempo non era possibile la palpazione degli annessi. L'ovaio incarcerato nell'accenno a chiusura, aveva ostruito completamente il lume del sacco in quel punto, così che la parte distale del sacco si era trasformata in una cavità chiusa, in cui si era formata un'essudazione dalla parete del sacco stesso, dando luogo ad una raccolta liquida, come ad una cisti. Questo liquido, di aspetto siero ematico, dovette fermarsi per una stasi da compressione di tessuti per lo strozzamento, ed infatti segni di stasi sanguigna erano evidenti sia da parte delle pareti del sacco, sia dalla parte periferica dell'ovaio. L'esame istologico delle pareti del sacco, rilevò la ricchezza di fibre elastiche connettivali, e in più delle fibre muscolari, riscontrate anche da altri autori, e che non rappresentano altro se non residui del muscolo cremastere. L'ernia inguinale esterna nella donna va sotto il nome di ernia del canale di Nuck, è sempre congenita. Nel feto dal quarto all'ottavo mese il peritoneo si prolunga sopra il ligamento rotondo fino alla spina del pube, formando un diverticolo (Testut), la chiusura di questo diverticolo si inizia ordinariamente nel sesto mese e più non esiste alla nascita, però alle volte esso resta aperto e Zuckerkandal lo trovò pervio nel 21 % dei cadaveri da lui esaminati. Questa specie di ernia nella donna è stata ampiamente studiata nella sua patologia, le sue caratteristiche, che la distinguono dalle altre specie di ernie della stessa regione, sono la sporgenza che fa nel grande labbro, e, durante l'operazione, la constatazione della connessione del sacco con il ligamento rotondo e della situazione al suo interno dell'arteria epigastrica. Il ligamento rotondo non è altro se non il ligamento inguinale che nel feto guida la discesa dell'ovaio dalla regione lombare e che corrisponde al *gubernaculum testis* dell'uomo. Nell'adulta il ligamento rotondo è per un certo tratto in rapporto con l'ovaio dello stesso lato, e queste connessioni possono essere la causa della trazione o dell'entrata dell'ovaio nel sacco preesistente. Testut parla perfino della possibilità di riscontrare l'ovaio nelle grandi labbra. La presenza dell'ovaio nel sacco erniario parla sempre per un'ernia congenita, mentre la presenza di altri organi nel sacco, parla per lo più per un'ernia acquisita.

Per me l'ernia inguinale obliqua esterna sia nell'uomo che nella donna, è sempre congenita per quanto concerne il sacco. L'accenno a chiusura appena al di fuori dell'anello inguinale superficiale si trova spesso, e sta ad indicare il punto in cui il processo peritoneo-vaginale, di cui il canale di Nuck è un residuo, comincia ad obliterarsi, procedendo poi la sua obliterazione da questo punto in alto ed in basso. La particolarità del caso da me esposto, è data dal fatto che l'ovaia era incarcerata da un accenno a chiusura, con una raccolta liquida siero ematica nella parte distale del sacco stesso, che in poco tempo aveva raggiunto il volume di un uovo di gallina. L'ovaio presentava la solcatura del cingolo strozzante, ed era edematoso nella sua parte distale, non presentava altre particolarità degne di nota. La raccolta liquida del sacco, per le sue caratteristiche e per il reperto istologico del sacco, era da attribuirsi ad un semplice processo di essudazione per la stasi da compressione dei tessuti, non esistendo segni di processo infiammatorio, come è stato trovato e descritto da altri autori in simili ernie strozzate. Non è del tutto da escludersi che il versamento ematico sia stato in parte favorito dalle manovre di riduzione, a cui era stata sottoposta la tumefazione inguinale.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. G. SANARELLI. *Lezioni d'igiene;* redatte dal prof. V. PUNTONI (supplente). Un vol. in-8, di 616 pag. con 203 fig. S. Bucciarelli, ed. Roma, 1923. Prezzo L. 52.

Sono state raccolte in questo volume le lezioni che il chiaro Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università di Roma ha tenuto nell'anno accademico 1921-1922, sia agli studenti, sia ai medici del corso di perfezionamento in Igiene.

Il titolo di «Lezioni» non deve però far pensare ad un'arida e frammentaria esposizione didattica, adatta solo alla preparazione per gli esami; gli argomenti invece sono pienamente ed armonicamente sviluppati con particolare riguardo all'applicazione pratica, sommamente curata anche nei particolari. Largamente trattata è l'epidemiologia, che occupa una buona metà del volume; la lettura di questa parte è sommamente utile ed interessante, sia perchè interessa maggiormente l'igienista, sia per l'indirizzo pratico con cui è svolta, sia infine perchè si ha così un'idea del notevole contributo che il Sanarelli ha portato in questo campo, con i suoi concetti originali, che, abbattendo vecchie teorie, hanno aperto vie nuove all'epidemiologia; basti citare le vedute, ora generalmente accettate, sulla tifoide, sulla tubercolosi, i suoi studii sul colera. La redazione del testo è molto accurata, le numerose figure e gli schemi sono di notevole aiuto per il lettore.

A. Z.

A. GUTIERREZ. *Importanza igienica delle Istituzioni parascolastiche.* Un vol. in-8, di pagine 400. Cooper. grafica degli operai, Milano 1922.

Il lavoro del Gutierrez è stato accolto favorevolmente dagli studiosi, tanto che in meno di tre anni esso si presenta in una nuova edizione ampliata notevolmente. Il concetto che lo anima è che l'istruzione e l'educazione scolastiche non debbono andar disgiunte dalla educazione igienica e dalla vita sana, concetto su cui non vi può essere disaccordo. L'A. investe tutto il problema delle istituzioni che sono necessario complemento della scuola, non trascurando la parte più strettamente pedagogica. Dopo alcune considerazioni generali, vengono trattate: la tutela e vigilanza della prima e seconda infanzia, le istituzioni generiche di previdenza igienico-sociale parascolastica, le colonie scolastiche, la vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole, le scuole speciali, l'assistenza agli anormali psichici, il tutto illustrato da diverse fotografie. Il libro non ha soltanto scopo informativo, ma è anche un lavoro di propaganda e di fede in un migliore avvenire della nostra scuola.

A. Z.

A. ROMANO. *Il primo bagno d'aria pubblico in Italia. Studio teorico-pratico.* Un vol. in-16, di pag. 94, con 22 fig. La «Promotrice». Milano, 1922. Prezzo L. 4.

Il bagno d'aria, abbastanza diffuso all'estero persino in climi freddi, polari, è stato particolarmente propugnato in Italia dal dott. A. Clerici. L'A. se ne fece attivo divulgatore e riuscì a farlo organizzare per il pubblico a Milano nell'Arena, partecipando allo studio tecnico, all'impianto ed al funzionamento. Lo esempio di Milano è stato seguito da qualche altro Comune, ma non si è molto generalizzato.

L'A. in questo lavoro, ornato da diverse fotografie, dimostra i vantaggi che si possono ottenere con questa utile pratica e dà i consigli per eseguirlo razionalmente, prospettando la sua tesi con ferma convinzione e con fede di apostolo

fil.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA SCHELETRICO.

Sulla diagnosi differenziale delle malattie maligne delle ossa.

C. Saberton (*Brith. med. Journ.*, 23 settembre 1922) ricorda l'osteite fibrosa, ignota nelle sue cause (pare da traumi, in soggetti predisposti) la quale può anche colpire un solo osso, generalmente la tibia. L'osso si rarefà, s'incurva, e sono facili le fratture spontanee. La diagnosi differenziale può discutersi coi seguenti stati morbosi:

1) L'osteomalacia, che se ne distingue perchè è in rapporto generalmente con un parto, e interessa varie ossa.

2) La malattia di Paget (osteite deformante) che è dell'età media, colpisce varie ossa, e dà luogo di rado a fratture spontanee.

3) L'artrite settica, in cui però si vedono alterazioni notevoli delle cartilagini articolari.

4) L'osteite cronica e la sifilide, che però danno notevoli produzioni ossee periostee.

5) L'osteomielite, in qualche caso.

6) Tumori maligni, e specialmente il sarcoma periostale, e il carcinoma della testa dell'omero. Il carcinoma è generalmente secondario.

7) Malattia cistica delle ossa, che può anche essere una forma lentissima di condrosarcoma o di sarcoma mieloide.

Le fratture spontanee possono accadere in molte malattie delle ossa, tumori, osteomalacia, fragilità, atrofia semplice, senile, o di altra natura.

Di fronte a ingrossamenti epifisari delle ossa lunghe bisogna vagliare anche l'ipotesi di una lesione congenita, e di una malattia dell'ipofisi. DORIA.

Spondilite anchilosante cronica e tubercolosi.

Di questa malattia si distinguono due tipi: 1) quello di Strümpell-Marie riconosce come momenti eziologici la gonorrea, la sifilide, il reumatismo articolare acuto e la tubercolosi; la colonna vertebrale si irrigidisce e con essa anche l'articolazione della spalla e dell'anca (spondilosi rizomelica), non vi sono dolori, l'irrigidimento progredisce dall'alto al basso.
l'irrigidamento progredisce dall'alto al basso.
2) nel tipo di Betcherew la causa viene riferita alla sifilide, all'eredità e soprattutto a momenti traumatici; la rigidità che in seguito si cambia in incurvamento rimane limitata alla colonna vertebrale, progredisce dal basso all'alto e si accompagna a sintomi nervosi; la malattia si inizia con dolori. K. Griep (*Zeitschrift für Tuberkulose* 1922 n. 5) riferisce largamente il caso di un uomo di circa 30 anni in cui una tubercolosi polmonare complicava l'irrigidimento e l'incurvamento della colonna vertebrale ed, in mancanza di altre cause, doveva riconoscersi come il momento eziologico. In tali casi si pone la questione di decidere quale delle due malattie sia stata la prima, poichè si ammette che la tubercolosi del lobo superiore possa influire secondariamente sulla cassa toracica; nel caso dell'A; il restringimento simmetrico del torace e l'irrigidimento di tutta la colonna dimostravano che la deformità toracica era stata la prima ed aveva influenzato secondariamente il processo polmonare. La malattia della colonna è inguaribile, ma prolunga la vita del paziente mettendo in riposo la cassa toracica e quindi il polmone; questo fatto dà anche delle indicazioni terapeutiche nel senso che si devono evitare la distensione e la mobilizzazione della colonna che disturberebbero il processo di guarigione del polmone.

Nonostante la diffusione della tubercolosi, la complicazione della spondilite anchilosante è rara, e ciò è un bene poichè l'influenza favorevole che essa può esercitare sul processo tubercolare viene acquistata a prezzo di una deformità permanente. *fil.*

Sulla cosiddetta scoliosi ischiatica.

(P. HAGLUND. *Acta Med. Scand.*, 1922, p. 658).

Questa denominazione è inesatta perchè confonde due stati morbosi di diversa origine: la sciatica accompagnata da posizioni obbligate di cui la scoliosi è il tipo più comune, e le alterazioni organiche o funzionali del tratto lombosacrale della colonna vertebrale coi relativi muscoli e legamenti, accompagnate talvolta da nevralgia ischiatica. È vero che la distinzione non è sempre tanto netta, perchè le posizioni obbligate di lunga durata producono nevralgie. Secondo la proposta di Lindstedt l'A. ha trattato parecchi di questi casi mediante corsetti, onde correggere gradualmente le posizioni viziose, ottenendo spesso ottimi risultati contro le deformità e contro il dolore. In certi casi il sollievo anzi fu immediato: tali casi vengono da taluno considerati come nevrosi, ed il beneficio attribuito ad azione suggestiva, ma l'A., ricordando gli effetti rapidamente analgesici degli apparecchi sulle lesioni ossee, e in particolare sulla spondilite, pensa che in parecchi di questi casi possa anche trattarsi di alterazioni organiche della colonna o dei legamenti: la

nevrosi eventualmente coesistente può essere in rapporto col dolore.

Nei casi lievi basta il riposo a letto, che deve sempre venire esperimentato in primo tempo. L'A. riferisce quattro casi.

DORIA.

I vaccini nell'osteite tifosa.

T. Schönfelder (rif. in *Medical Review*, marzo 1923), come esempio di cura delle osteoperiostiti tifose con i vaccini, cita i casi di Vincent, fra cui quello di una ragazza di 18 anni che, 6 anni dopo aver avuto una tifoide, si ammalò per paratifo B. Apparentemente guarita da tale malattia, accusava violenti dolori alla regione lombare ed addominale destra; venne fatta diagnosi probabile di osteite delle vertebre lombari e dell'anca; le sue condizioni peggiorarono continuamente tanto che si riteneva imminente la fine. Le iniezioni ripetute di vaccino antitifico polivalente fatte ogni 3-4 giorni diedero un rapido miglioramento; il dolore diminuì dopo la prima e scomparve dopo la seconda; scomparvero la diarrea e l'albuminuria; la ragazza guarì bene.

Nel caso dell'A. si trattava di un uomo di 42 anni in cui, dopo una tifoide tipica, si osservò un'area di dolorabilità con tumefazione alla settima costa destra; la tumefazione andò crescendo sicchè venne in seguito incisa, dando esito a pus contenente bacilli del tifo; nonostante due o tre raschiamenti, la ferita rimaneva ancora aperta. Venne allora preparato un vaccino autogeno con i bacilli tifici che si trovavano nel pus in coltura pura e se ne iniettò un cmc. contenente 500 milioni. Se ne ebbe una reazione violenta con cefalea, brividi, febbri alte durate parecchi giorni. Si fecero altre due iniezioni ottenendo reazione ancora violenta con la prima, e meno con la seguente. Dopo quest'ultima, la dolorabilità e la tumefazione scomparvero e la fistola che era durata quasi due anni, si chiuse spontaneamente in meno di un mese.

A. Z.

La cura del rachitismo nella prima infanzia.

Oltre all'igiene generale ed alle cure di aria, di luce, di bagni, G. L. Hallez (*Progrès médical*, 16 dicembre 1922) dà alcune indicazioni utili sulla cura medicamentosa. Fra i preparati di calce è opportuno scegliere quelli solubili; il glicerofosfato che va dato a dosi di 20-40 cg. secondo l'età (dosi più elevate possono provocare fenomeni di eccitazione nervosa); il lattato è pure consigliabile (g. 0.5-1 al giorno), ma il formiato dà risultati ancor migliori, specialmente per la sua azione favorevole sulla nutrizione generale; lo si somministra a dosi di 20-30 cg. al giorno. Nei periodi di somministrazione dei sali di calcio, periodi che debbono essere di 15-20 giorni è utile dare dell'adrenalina, secondo quanto è stato consigliato per primo dal Bossi; si dànno 15-20 goccie della soluzione al millesimo in due volte prima dei pasti per un periodo di non oltre 15 giorni.

L'olio di fegato di merluzzo ha ora ritrovato l'antico favore; lo si dà preferibilmente d'inverno a dosi di 2-3 cucchiaini da caffè al giorno. La cura a base di fosforo viene ritenuta utile da Marfan solo quando la tetania confermata o latente (segni di Chvostek e di Trousseau, ipereccitabilità galvanica dei nervi motori) complica la sindrome rachitica; in tal caso si prescriveranno 1-3 cucchiaini al giorno della soluzione di un cg. di fosforo in 100 g. di olio di fegato o di mandorle. Vantaggiosa è la somministrazione del fosforo in combinazione organica (anche senza sintomi di tetania) sotto la forma di fitina o lecitina o nucleinato di sodio. Buoni risultati si ottengono talora anche con l'opoterapia, sia con il midollo osseo (estratto glicerinato secondo Tedeschi ed Amistani, 15 g. al giorno, oppure le compresse) o la tiroidina, medicazione che si impone se vi sono sintomi di ipotiroidismo.

In qualche caso, dopo aver corretto gli errori alimentari e ristabilite le funzioni digestive normali, si può ricorrere alla medicazione vitaminica, somministrando dei grassi (burro, olio di fegato) dei succhi di frutta freschi (limone, arancio, uva) o delle preparazioni vitaminiche, di cui alcune sembrano avere reale efficacia.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione degli estratti di ipofisi sulla coagulazione del sangue.

Nel 1911 Wiggers mostrava l'utilità dell'estratto del lobo posteriore di ipofisi nel trattamento delle emottisi. Rist, nel 1913, comunicava i risultati della sua esperienza clinica, risultati brillanti ottenuti nel trattamento delle emottisi. Stabiliti i fatti clinici e sperimentali, anche da numerosi AA., si cercò di stabilirne il meccanismo: secondo Wiggers, la sostanza in questione agirebbe con azione ipertensiva sulla grande circolazione e con azione ipotensiva nella circolazione polmonare; Rist ammette un'azione vaso-costrittrice sui vasi polmonari. I clinici rifiutarono queste ipotesi, avendo osservato che gli estratti ipofisari esercitano sulla pressione sanguigna degli effetti variabilissimi, mentre l'azione emostatica è costante.

Feissly (*La Presse méd.*, n. 92, pag. 997, 1922) cerca di studiare le proprietà coagulanti dell'estratto ipofisario. Già nel 1920 l'A., aveva dimostrato la difficoltà grande che nello studio degli effetti consentiti alle medicazioni coagulanti, si incontra nel modificare il tempo di coagulazione nei soggetti normali, e d'altra parte la facilità con la quale l'organismo ristabilisce la stabilità del suo plasma. È perciò da premettere delle riserve nel campo delle esperienze di laboratorio.

Ora dunque, l'azione coagulante degli estratti ipofisari è dovuta ad una proprietà specifica appartenente al lobo posteriore della glandola?

Le esperienze compiute al riguardo dall'A., furono compiute utilizzando estratti di organi ottenuti con la macerazione a freddo, trattati dopo con l'ebollizione in mezzo acido, la cui analisi dimostrava una reazione acida, forse per acido lattico, l'assenza di proteine, uno sviluppo notevole di azoto (creatina, polipeptidi, acidi, aminici, urea), al contatto con l'ipobromito di soda, un abbondante precipitato con il reattivo fosfotungstico (creatinina, ecc.).

Le esperienze hanno dimostrato che l'estratto postipofisario ha *in vivo* un'azione accelerante dei processi di coagulazione; ma gli stessi risultati possono aversi usando prodotti simili: pituiglandol, pituitrina, luteoglandol, splenoglandol, antuitrina di Parke e Dawis.

Tali risultati obbligano ad escludere quindi, una specificità negli stati d'ipercoagulabilità che si manifestano in seguito a queste iniezioni.

Dalle esperienze dell'A. risulta che non vi è aumento della protrombina, nè la diminuzione della antitrombina: solo il potere citozimico è nettamente aumentato: queste sostanze agirebbero dunque, come le iniezioni del citozima lipoidico di Bordet.

L'A. conclude dicendo risultare dalle proprie esperienze che gli elementi coctostabili degli estratti di organi si comportano dal punto di vista della coagulazione sanguigna, come delle soluzioni peptoniche di debole concentrazione; il loro effetto si manifesta in occasione delle iniezioni intravenose con uno *schock* emoclasico, all'inizio del quale la coagulazione sanguigna è nettamente aumentata. Per via sottocutanea non si osserva alcuna azione ipotensiva, ma un'azione coagulante sopravveniente una, due ore dopo l'iniezione. Questi estratti di organi sono dunque molto attivi, ma sprovvisti di ogni specificità almeno per quel che riguarda la coagulabilità sanguigna.

MONT.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Effetti della vaccinazione antirabica. — All'abbonato n. 6023-3:

La vaccinazione antirabica può al più produrre esaurimento nervoso, ma non certamente alterazioni mentali. Sono poi da escludere gli effetti a distanza; infatti anche gli esaurimenti nervosi, che qualche volta si osservano, cedono dopo qualche settimana o pochi mesi, specialmente se si abbia l'avvertenza di prescrivere una cura fosforata.

Al contrario in alcuni stati nervosi precedenti alla cura, la vaccinazione antirabica può spiegare un'azione benefica, come, ad es., avviene spesso negli epilettici.

V. PUNTONI.

Enterite muco-membranosa in un lattante e rapporti di causalità colla cura arsenicale fatta dalla madre. — Al dott. G. P. da S. B.:

In tesi generale bisogna ricordare che minime dosi di As sono usate per cura ipodermica e che scarsissima quantità è eliminata col latte (la maggior parte per i reni, il resto per molti altri emuntori, tra i quali anche la glandula mammaria). Considerando la grande tollerabilità che i bambini dimostrano per l'arsenico, credo inverosimile che 40 iniezioni di ferro ed arsenico, praticate dalla madre, abbiano provocato l'enterite muco-membranosa nel bambino.

È bene, prima di ricercare la ragione di una malattia in una causa così peregrina, esaurire tutte le indagini sulle cause delle enteriti nei bambini; esse sono numerose, purtroppo qualche volta misconosciute, qualche volta ignorate, spesso di difficile identificazione.

T. PONTANO.

Otosclerosi e gestazione.

Non possiamo, come si intende, che rispondere in modo generico.

I francesi, nei riguardi della profilassi dell'otosclerosi, hanno il bisticcio *ni mère ni mer*, alludendo alla nefasta influenza sulla lesione auricolare dell'umidità e di altri fattori reumatizzanti e della gravidanza e dell'allattamento.

Nei casi speciali, nei quali residua soltanto parzialmente l'udito di un lato, e tutto fa pensare che la malattia (osteospongiosi della capsula labirintica) sia a decorso fatale e progressivo, è consigliabile l'interruzione della gravidanza, in quanto tale intervento valga, in modo sicuro e certo, a salvare la funzione acustica? Io ritengo di no.

g. b.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Legislazione idrologica attuale e sue auspicabili modificazioni.

Su questo argomento ha richiamato l'attenzione al Congresso di Napoli per le Industrie sanitarie, il prof. P. Piccinini, facendo notare che il concetto della reale importanza delle nostre industrie idrologiche non è ancora penetrato bene nel pubblico e forse neppure nelle nostre classi dirigenti. È bene anzitutto affermare chiaramente che nella valutazione di queste industrie non va mai dimenticato che esse sono a base essenzialmente medica e scientifica, mentre in pratica si dà purtroppo importanza del tutto secondaria a questo fattore, il quale invece implica tutto il sistema di concezione e di programmi con i quali si indirizzano le sorti di aziende termali di notevole importanza.

L'A. esamina quindi la legislazione attuale in materia che ha il suo fondamento nella legge 16 luglio 1916 e nel relativo regolamento; di essa, pure facendo le debite riserve su qualche punto, si deve lodare senza restrizioni il concetto generale, lo scopo a cui evidentemente il legislatore ha mirato. È da lamentarsi che in detta legge siano stati fusi insieme gli stabilimenti termali ed idroterapici con quelli di cure fisiche; si possono inoltre muovere delle critiche al sistema di nomina dei medici degli stabilimenti, ai criterî con cui venne costituita la Commissione consultiva permanente, ecc., ma non vi ha dubbio che essa, purchè applicata a dovere, può apportare molto bene all'idrologia italiana.

Altre provvidenze legislative sono però da attuarsi per favorire la nostra industria idrologica: va anzitutto ripresa in esame la tassa di bollo e beneficenza sui biglietti per bagni, che in qualche caso costituisce un gravame eccessivo; anche la tassa di soggiorno non ha finora corrisposto alle speranze con cui è stata istituita, di costituire cioè un fondo da destinarsi alle opere di miglioramento, di abbellimento e di igiene delle stazioni di cura. Va inoltre tenuto presente che le acque minerali vengono usate molto per la cura anche lontano dal luogo di scaturigine; questa industria collaterale è stata duramente colpita dal rincaro enorme dei vetri, della mano d'opera, stagnole, materiale d'imballaggio, ecc.; nonchè dall'aumento delle tariffe per i trasporti, dall'elevato bollo fiscale. Si impone quindi in questo campo una seria difesa di fronte all'invasione delle acque estere, specie se provenienti da paesi che non accettano affatto le nostre (rammentiamo fra l'altro la Francia dove si proibisce l'importazione della Fiuggi perchè manca la prova dell'azione terapeutica!

La difesa può essere duplice: *tecnica*, in quanto che tutte le documentazioni e garanzie che esigiamo per le nostre acque dobbiamo esigerle per quelle estere, ed *economica*.

Quest'ultima va attuata sotto forma di tariffe doganali, indipendentemente da qualsiasi discussione teorica su liberismo o protezionismo; la tariffa attuale di 3 lire-oro al quintale per le acque naturali e di 6 per le artificiali non può ritenersi eccessiva e lascia adito alla più grave concorrenza. Per quanto riguarda l'interno, l'A. propone che venga soppressa o molto ridotta la tassa gravante sotto forma di fascetta di bollo e che vengano ridotte le tariffe ferroviarie (le quali però stabiliscono già un trattamento di favore per le acque naturali italiane in confronto di quelle estere. *N. del compilatore*) e che siano applicate tariffe speciali per il trasporto dei vetri vuoti e per quello ai porti d'imbarco. Assicurata all'interno la vitalità dell'industria, è necessario provvedere alla possibilità dell'espansione all'estero, dove le nostre acque sono un indice della nostra attività industriale. Noi dobbiamo fare tutto il possibile perchè il lavoro scientifico ed il cosciente appoggio dei medici italiani siano la base sicura di un grandioso e meritato sviluppo della idrologia italiana.

fil.

QUESTIONI PRATICHE.

XXIX. — Accertamento di infrazioni della legge sanitaria.

In materia di contravvenzioni alla polizia degli alimenti (nel caso deciso si trattava di vendita di latte annacquato) per l'accertamento della infrazione non è necessario che sia eseguita una perizia nei modi ordinari, cioè secondo le forme stabilite dal Codice di procedura penale, ma è legittima e sufficiente fonte di prova il verbale dell'*agente sanitario* avvalorato dalla perizia chimica eseguita nel laboratorio municipale di vigilanza igienica, che è appunto istituito per accertamenti nell'interesse della igiene pubblica.

In tal senso ha deciso la Corte di Cassazione di Roma con sentenza 16 novembre 1922.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le condizioni degli Ufficiali Sanitari.

Il dott. Pietro Rotondano da Trecchina (Basilicata) con una sua lettera richiama l'attenzione sulla grave scottante questione della riforma dei servizii igienici, sempre promessa e non mai data dai passati Governi i quali, solo preoccupati di mantenersi in equilibrio, hanno sempre considerato la pubblica igiene come cosa di secondaria importanza. Lo dimostra fra l'altro il nessun conto in cui hanno tenuto gli Ufficiali sanitarii, che vengono retribuiti con stipendii (se non è un'ironia chiamare con tal nome le misere 300 lire annue che elargiscono alcuni Comuni) neppure paragonabili a quelli dei più umili lavoratori. Vi è da sperare che il nuovo Governo, il quale ha dato alla Nazione un nuovo impulso di vita, si occupi della riforma dei Servizii igienici locali, questione che investe problemi di alta importanza sociale, e se ne occupi con quella onestà e giustizia che gli sono peculiari e tanto bene fanno sperare per l'avvenire. Si porrà così mente alle condizioni degli Ufficiali Sanitarii che tante benemerenze si sono acquistate, ai quali si deve quest'opera di riparazione morale, tale che dia loro nella Società il giusto posto che loro compete per l'alta missione di cui sono investiti.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione della sottoscrizione, vedi fasc. 20).

(VARIE):

Dott. Artese (S. Salvo) . . . L. 10 —
Dott. Annibaldi (Offida) . . . . » 50 —
Dott. Bufarale (Urbino) . . . . » 10 —
Dott. Bellardinelli (Cupramontana) . . . . » 20 —
Dott. Bottaglini (Ortanova) . . . » 25 —
Dott. Barbieri (Anditore) . . . » 10 —
Dott. Colucci (Valenzano) . . . » 50 —
Dott. Colasonno (S. Nicandro) . » 20 —
Prof. Caldarola Pietro (Bari) . » 25 —
Dott. Chiola (Ortucchio) . . . » 50 —
Dott. Colamaria (Giovinazzo) . » 25 —
Dott. Carrozzini (Soleto) . . . » 15 —
Dott. Caroli (Villacastelli) . . » 10 —
Dott. Craga (Corato) . . . . » 20 —
Dott. Carrieri (Martina Franca). » 20 —
Dott. Carrieri (Grottaglie) . . » 25 —
Dott. Campanaro (Cappellaccio). » 15 —
Dott. Cippaluni (Taranto) . . » 10 —
Dott. Cassano (Taranto) . . . » 10 —
Dott. Cormio (Fossombrone) . . » 100 —
Dott. Crinelli (Montegrignano) . » 50 —
Dott. Chimienti (Maruggio) . . » 20 —
Dott. Casiere (Voltusino) . . . » 25 —
Dott. Cantalini (Barete) . . . » 30 —
Dott. Conforti (Matelica) . . . » 50 —
Dott. Colasurdo (Morrone) . . » 15 —
Dott. Cozzoli (Chieti) . . . . » 80 —
Prof. Cagnetti (Bari) . . . . » 25 —
Dott. Cattarozi (Pergola) . . . L. 80 —
Dott. Castrioti (Camerino) . . » 40 —
Dott. Cabibbo (Camerino) . . » 40 —
Dott. Ceccarelli (Camerino) . . » 20 —
Prof. Durante (Bari) . . . . . » 100 —
Dott. Di Giuseppe (Chieti) . . » 15 —
Dott. De Paolis (Sezze) . . . » 15 —
Dott. De Laubertis (Chieti) . . » 15 —
Dott. Di Battista (Clanzetto) . » 5 —
Dott. De Biase (Troia) . . . . » 25 —
Dott. Di Don Francesco (Castri) » 20 —
Dott. De Pace (Taranto) . . . » 10 —
Dott. D'Alonzo (Mesagne) . . . » 25 —
Dott. De Marinis (Campomarano) . . . . » 25 —
Dott. De Luca Alessandro (Castignano) . . . . . . » 20 —
Dott. De Luca Fiore (Bolognola) » 15 —
Dott. De Santis (Cogullo) . . » 50 —
Dott. De Luca (Castignano) . . » 20 —
Dott. Del Vecchio Francesco (S. Giovanni Galdo) . . . . » 10 —
Dott. D'Agostino (Camerino) . » 40 —
Dott. Fato (Bari) . . . . . » 25 —
Dott. Forchetta (Casalanguida) » 25 —
Dott. Francesconi (Montesanpietrangelo) . . . . . . » 15 —
Dott. Fruscella (San Giovanni Galdo) . . . . . . » 70 —
Dott. Fusaro (Galatone) . . . . » 10 —
Dott. Fusaro (Galotone) . . . » 10 —
Dott. Fontana (Camerino) . . » 40 —
Dott. Gigliobianco (Gravina) . » 20 —
Dott. Gaffredo (Biccari) . . . » 20 —
Dott. Giordano (Ischitella) . . » 20 —
Dott. Guarnieri (Offida) . . . » 46 —
Dott. Gentile (Ortezzani) . . . » 50 —
Dott. Giannotti (Boneto) . . » 100 —
Dott. Graziani (Montebisaccia) . » 20 —
Dott. Gallo (Taranto) . . . . » 10 —
Dott. Gabrielli (Maledugno) . . » 10 —
Dott. Lombardi (Putignano) . . » 20 —
Dott. Lupi (Villalago) . . . . » 30 —
Dott. Lecce (S. Giovanni Rotondo) . . . . » 5 —
Dott. Lippolis (Castellaneta) . » 25 —
Dott. Lillo (Galatone) . . . . » 10 —
Dott. Larini (Galatone) . . . » 10 —
Prof. Lotti (Camerino) . . . » 50 —
Dott. Mastrogiacomo (Gravina) . » 20 —
Dott. Mancini (Vico Garganico). » 20 —
Dott. Marotta (S. Cesario) . . » 30 —
Dott. Macchia (Maruggio) . . » 20 —
Dott. Marchetta (Loro Piano) . » 25 —
Dott. Marcucci (Matini) . . . » 25 —
Dott. Monastero (Matini) . . . » 50 —
Dott. Maitilasso (Troia) . . . » 25 —
Dott. Masselli (S. Severo) . . » 100 —
Prof. Mancini (Senigallia) . . » 50 —

(Continua).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alba (*Cuneo*). — Due cond. L. 5000 e quinq. Scadenza 31 maggio.

Arquata del Tronto (*Ascoli Piceno*). — IV Rep. A tutto 31 mag. L. 5500 resid., L. 1000 fino a 1000 pov., L. 4500 a *forfait*, L. 4000 cav., due c.-v., 10 bienni ventes., L. 500 se uff. san. Età lim. 35. Serv. entro 20 g.

Bassano (*Brescia*). — Scad. 31 mag. L. 7000 fino a 1000 pov., sei quinq. di L. 700, due c.-v., L. 500 mezzo trasp., L. 300 uff. san.

Caerano di S. Marco (*Treviso*). — Scad. ore 12 del 31 maggio. Vedi fasc. 20.

Campagnatico (*Grosseto*). — Scad. ore 19 del 30 mag. L. 9000 oltre i c.-v. ecc. Serv. entro 15 g.

Casarsa (*Udine*). — Proroga ore 12 del 25 mag.

Catanzaro. — Condotta pel villaggio Gagliano; scad. ore 12 del 30 mag. Vedi fasc. 20.

Cerda (*Palermo*). — Scad. 31 mag. L. 5000 fino a 500 pov., addizion. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; primo c.-v.

Chiesa (*Sondrio*). — Consorzio. Scad. 31 maggio. Vedi fasc. 20.

Domodossola (*Novara*). *Ospedale S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 giugno. L. 2400 (*sic*) annue pei pov., percentuali del 50 e 60 % sulle tasse di cura, integraz. fino a L. 10,000 pel primo biennio. Laurea da 10 anni. Docenza in pat. o clin. med. Il Cons. d'ammin. potrà rinnovare la gara.

Esperia (*Caserta*). — Poveri fraz. Monticelli. Stip. L. 6000 lorde; aumento un decimo ogni quinquennio, indenn. caro-viv. Scad. 24 giugno. Rivolgersi Segreteria.

Foggia *R. Prefettura*. — Scad 30 mag.; 19 posti di uff. san., dei quali 14 a L. 1000; per Vicote a L. 2500, Castelnuovo della Daunia a L. 2750, Bovino e Rodi Garganico a L. 4000, Ortanuova a lire 4500. Esami. Biennio di prova. Serv. entro 30 g.

Foligno. *Congregazione di Carità*. — Due aiuti med.-chir. Vedi fasc. 20. Scad. 40 giorni dal 25 apr.

Godiasco (*Pavia*). — A tutto il 31 maggio; lire 6500 più L. 1000 per il 25 % popolazione. Addizion. L. 5: L. 500 uff. san.; L. 2000 cav.; 4 quadrienni decimo. Assunzione entro 2 mesi.

Idro (*Brescia*). — Consorzio. ab. 3413 di cui 1000 pov.; L. 7000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 3 fino a 2000; L. 4 oltre; L. 2000 per condotta disagiata; L. 3000 indenn. mezzi di trasp.; L. 600 uff. san.; L. 800 indenn. alloggio; due c.-v.; Lire 700 per ogni quinquennio maturato fino a sei.

Maleo (*Milano*). — Scad. 5 giu.; 2° reparto; L. 11,500 compresi quota complementare mobile. c.-v. temporaneo ed indennità per uso di velocipede; oltre L. 500 all'acquisto della stabilità ed altri tre decimi quinquennali di L. 650 ciascuno.

Milano. *Poliambulanza delle specialità medico-chirurgiche con reparto clinico ospitaliero*. — Dirigente la Sezione Ambulatoria di Medicina legale infortunistica. Titoli, scad. 31 maggio. Presentare docum. di rito e titoli scientifici alla Direzione Medica dell'Istituto, via Arena, 40.

Modena. *Congregaz. di Carità*. — Tre posti gratuiti di primario effettivo di medicina, di chirurgia e ostetrico-ginecologico, nell'Ospedale. Vedi fasc. 20. Scad. 26 maggio.

Montegranaro (*Ascoli Pic.*). — Scadenza 25 mag. L. 13000 e 10 bienni ventes., L. 3000 cav.; c.-v.

Novi di Modena (*Modena*). — Scad. 25 mag.; 3ª cond.; L. 8000 e c.-v., oltre L. 2500 cav.

Nuraminis (*Cagliari*). — Scad. 25 mag. L. 6000 oltre L. 500 uff. san.

Padova. *Ospedale Civile*. — Medico primario del Reparto tubercolosi polmonare, padiglione «Da Monte» e «Camerini»: L. 4000 lorde di R. M.; 1 c.-v. Scadenza ore 17 del 20 luglio. Età lim. 45 al 6 maggio. Biennio di prova. Serv. entro 15 g. Accettaz. preventiva di tutte le eventuali varianti nel regolamento.

Rapagnano (*Ascoli Piceno*). — A tutto 29 mag. Età lim. 45. L. 6500 resid., L. 1000 per 1000 pov., addizion. L. 2.50: L. 3000 cavalc.; tre sessenni di due decimi ciasc.; L. 500 uff. san.; L. 100 mensili caro-viv., ecc. L. 4500 temporaneam. per i non facoltosi non poveri. Ab. 1752.

Roma. *Ministero della Marina*. — 24 tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 20. Scadenza 1° agosto.

Roreto (*Aquila*). — L. 5500 residenziali, L. 1000 fino a 1000 pov., L. 2.50 addizionali, L. 3000 cav., 3 sessenni di due decimi ciascuno, L. 500 quale uff. san., L. 70 mensili se venisse affidata al sanitario in via transitoria la distribuz. dei medicinali ai pov.; c.-v. in L. 100 mens.; pei facoltosi compenso a *forfait* di L. 4500 in attesa di modificazioni. Scad. 29 maggio.

Sclafani (*Palermo*). — Scad. 30 mag. L. 8000. quinquenni, alloggio gratuito, c.-v.; per uff. san. L. 1000.

Sessa Aurunca (*Caserta*). — Proroga 10 giugno.

S. Nicola la Strada (*Caserta*). — Scad. 31 mag. Stip. L. 6000 lorde, assist. soli pov. aumentabili di un decimo per ogni quinquennio; una indenn. c.-v. Età limite 40 anni. Documenti rito.

S. Germano dei Berici (*Vicenza*). — Scadenza 25 mag. L. 5000 resid. e L. 1000 p. circa 400 pov. oltre 10 trienni vent., L. 400 uff. san., L. 3600 trasp., 1 c.-v., assegno L. 500, abitaz.

Soncino (*Cremona*). — Scad. 31 maggio: vedi fasc. 18.

S. Paolo di Jesi (*Ancona*). — Scad. 25 mag.; L. 8500 e doppio c.-v., L. 2400 cav., L. 500 uff. san., bienni.

S. Pietro Vernotico (*Lecce*). — Concorso 2ª condotta medico-chirurgica-ostetrica per soli poveri 1500. Stipendio L. 5000, L. 5 ogni povero in più; quattro aumenti quinq. di un decimo. Scadenza 31 maggio. Documenti di rito.

Staffolo (*Ancona*). — Scad. 31 mag. 2ª cond. (Selva). L. 10,800, bienni, due c.-v.

Termini Imerese (*Palermo*). — Scad. 31 maggio. L. 5000 fino a 500 pov.; addiz. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; c.-v.; attitudine al lavoro di condotta.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Peri Alessandro in clinica e patologia delle malattie professionali a Genova; Artom Camillo in fisiologia a Messina; Marino Salvatore in chimica fisiologica e Cucco Alfredo in clinica oculistica a Roma: De Bonis Vittorio in clinica medica a Napoli; Scalia Epifanio in clinica ostetrica e ginecologica a Palermo; Varenna Piero in clinica delle mal. nerv. e ment. a Pavia; la dott.ª Nicolai Lucia in laringologia a Genova.

Al dott. Ciminata Antonino, assistente negli Ospedali di Roma, già capitano medico nel 112° reggimento fanteria, è stata assegnata la medaglia di bronzo al valor militare con la seguente motivazione: « Sebbene direttore del servizio sanitario reggimentale, con abnegazione e tranquillità ammirevoli, sotto l'imperversare del tiro nemico, prestava volontariamente l'opera sua alle truppe di prima linea. Durante l'avanzata della nostra grande offensiva, con slancio ed esemplare attività, impiantava successivi posti di soccorso, prodigandosi in località esposte al tiro, per le cure a numerosi feriti nostri e del nemico. — Vittorio Veneto, 24-30 ottobre 1918 ».

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Dicembre 1922.

MALATTIE	4-10 dicembre		11 17 dicembre		18-24 dicembre		25-31 dicembre	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	85	408	86	477	78	348	91	436
Scarlattina. .	104	273	93	311	81	211	84	203
Vajuolo e vajoloide . . .	1	1	—	—	—	—	4	6
Tifo addominale . . .	174	363	138	280	93	162	95	176
Difterite e croup . . .	158	235	142	219	142	189	134	189
Meningite cerebro-spinale	—	—	—	—	1	4	2	2
Dissenteria	4	7	—	—	1	2	1	1
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	1	1
Colera asiatico	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbonica . .	—	—	—	—	—	—	—	—

NOTIZIE DIVERSE.

Per il monumento a Guido Baccelli.

Ai Medici di Roma e d'Italia.

Guido Baccelli, pur nella molteplice attività del suo spirito volle essere e fu, sopratutto, un clinico, un medico, che seppe unire la scienza al cuore, la dottrina alla pietà ed al disinteresse.

Perciò i medici di Roma e d'Italia dovrebbero sentire alto il dovere d'essere i primi a concorrere all'erezione del monumento al Grande.

Dovrebbe spingerli un bisogno di colleganza e il rispetto verso uno dei luminari della loro divina arte.

È doloroso invece constatare che la classe sanitaria italiana ha finora risposto male all'appello vigoroso e caldo del Comitato per le onoranze.

Basterebbe che ogni medico d'Italia sottoscrivesse una tenue cifra, almeno cinque lire, che ad esempio ogni allievo di Baccelli concedesse l'importo di una visita, perchè il monumento potesse sorgere superbo, degno di Roma e del Maestro. E sarebbe il monumento alla scienza medica italiana, dei medici italiani.

Le offerte possono inviarsi, per cartolina vaglia, al nostro Periodico oppure al Cassiere del Comitato per le Onoranze, Comm. Ferruccio Ambrosi, via S. Pantaleo, 66, p. p., sede del Comitato, presso il quale si ritirano le schede, ogni giorno feriale, dalle 19.30 alle 21.30.

Agli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano.

Si è inaugurata nella Clinica delle Malattie del Lavoro la nuova Sezione di Röntgenterapia che il prof. sen. Mangiagalli ha donato alla Clinica, in occasione del suo giubileo didattico.

Alla famigliare cerimonia il prof. Devoto, a nome di tutti i medici, rivolse parole di ringraziamento al sen. Mangiagalli, facendo voti ch'egli per molti anni possa continuare ad essere il sostegno degli Istituti Clinici che sono opera tutta sua, tanto che si possano festeggiare le nozze d'oro della sua nobile carriera, nella quale egli profuse tesori per il bene della scienza e della umanità. Ringraziò con belle parole il sen. Mangiagalli; il prof. Perussia poi guidò i visitatori nelle nuove sale illustrando il funzionamento degli apparecchi.

Assicurazione infortuni e malattie a Fiume.

È stata stipulata a Fiume, tra il Presidente del Governo fiumano, on. Depoli, e il Presidente della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro, sen. march. Ferrero di Cambiano, una Convenzione in forza della quale si affida la gestione dell'assicurazione infortuni in Fiume esclusivamente alla Cassa Nazionale Infortuni. In pari tempo, con provvedimento legislativo, viene regolato il sistema delle assicurazioni sociali in

Fiume, trasformando in ente autonomo la Cassa locale di assicurazione malattia, i cui servizi saranno opportunamente coordinati con quelli del costituendo Compartimento fiumano della Cassa Nazionale Infortuni, secondo i voti espressi dalle organizzazioni e associazioni locali.

Commemorazione di Pasteur.

Il sommo scienziato fu solennemente commemorato il 6 maggio alla R. Accademia dei Lincei, che lo ebbe socio. Intervennero alla cerimonia il ministro Gentile, l'ambasciatore Barrère, il rettore dell'Università sen. Sanarelli, ecc.

Il sen. Fano ricordò la vita pubblica e privata di Pasteur; il prof. Bottazzi ne illustrò l'opera svolta nel campo della chimica; il sen. Marchiafava fece valere l'importanza delle scoperte pasteuriane inerenti alla medicina e all'igiene.

Corso di perfezionamento.

Dal 2 al 13 luglio, nell'Ospedale Trousseau di Parigi, il prof. Hallopeau terrà dieci lezioni di clinica terapeutica sulle affezioni non tubercolari del sistema osseo nel fanciullo; seguirà, dal 16 al 29 luglio, un corso sulla tubercolosi osteo-articolare e ganglionare, con elementi di ortopedia pratica, tenuto all'Ospedale marittimo di Berck dal dott. Sorrel coadiuvato dai dottori Andrieu, Tridon e Ozer. Per informazioni rivolgersi rispettivamente ai seguenti indirizzi: Hôpital Trousseau, rue Michel Bizot, Paris; dr. Parrin, Hôpital Maritime, Berck-plage (Pas de Calais).

Per la profilassi della cecità infantile.

La Federazione Nazionale delle Istituzioni pro Ciechi, compresa della grande importanza che può avere per la prevenzione della cecità una accurata assistenza alla nascita, sta inviando a tutte le ostetriche del Regno un Bollettino di propaganda, in cui fa appello alla coscienza ed al cuore delle levatrici italiane perchè mettano ogni impegno nel prevenire quei casi di cecità che possono essere evitati mediante l'osservanza delle note misure. In tale Bollettino si riporta perciò per esteso l'articolo 7 delle Istruzioni per le levatrici già diramate dalla Direzione Generale della Sanità pubblica in data 21 luglio 1921. L'importanza della questione merita tutta l'attenzione anche da parte dei medici pratici i quali faranno bene ad insistere presso le levatrici per la esatta e scrupolosa osservanza delle norme citate.

Per l'insegnamento dell'igiene nelle scuole.

Nel terzo Congresso Nazionale per l'educazione in famiglia indetto dal Consiglio delle Donne italiane, adunatosi a Roma dal 3 al 5 maggio, la dott.ª Maria Gasca Diez ha posto giustamente in rilievo la necessità che alle giovanette sia impartita nelle scuole un'adeguata cultura igienica. Ci auguriamo che il ministro Gentile voglia prendere in considerazione l'importante voto, espresso dal Congresso col seguente ordine del giorno:

«Il III Congresso Nazionale delle Donne italiane, udita la relazione della dott.ª Maria Gasca Diez sull'«Importanza sociale della educazione famiiare», plaude alla istituzione delle scuole di cultura femminile (licei femminili) quali furono pensate dal ministro Gentile;

fa voti che nei programmi del Liceo femminile sia dato largo sviluppo all'insegnamento dell'igiene applicata specialmente alla protezione dell'infanzia, all'alimentazione e all'agitazione;

considerando che la donna per compiere razionalmente la propria missione nella Società e nella famiglia deve possedere un'ampia cultura igienica della quale è necessario divenga la più convinta applicatrice e propagandista;

chiama a raccolta le donne italiane per un'azione serrata ed ininterrotta di rinnovamento dei costumi igienici nazionali».

Corso di propaganda medico-sociale nella scuola Allievi Ufficiali di Roma.

Per volontà del colonnello Barreca quest'anno per la prima volta la propaganda contro le malattie sociali fa parte del programma d'insegnamento della scuola Allievi Ufficiali di Roma.

Nel teatro della scuola, precedute da un breve discorso del Colonnello, si sono già tenute alcune conferenze dal giovane dott. Garofali.

Il Direttore del Museo didattico dell'Ufficio di Igiene di Roma, ha prestato un *film* americano riguardante le malattie veneree.

Ci auguriamo che questa propaganda sia incoraggiata, e si imiti in tutte le scuole Allievi Ufficiali e Sottufficiali d'Italia; per fare di essi, nella lotta contro le malattie sociali, gli strumenti preziosi, nell'esercito oggi, nella famiglia, nella società domani.

Corso di perfezionamento in "Medicina del Lavoro" nell'Università di Roma.

Il 20 aprile ebbe termine il Corso di perfezionamento in «Medicina del Lavoro» presso l'Università di Roma, diretto dal prof. Salvatore Ottolenghi.

Come è noto, coi contributi del Ministero del Lavoro, della Cassa Nazionale Infortuni, della Croce Rossa italiana e del Municipio di Roma furono istituiti premi di studi da assegnarsi agli inscritti al Corso distintisi in particolar modo per profitto.

Il Consiglio dei Professori composto del Direttore prof. Ottolenghi e dei professori Ascarelli, Diez, Loriga, Puntoni, Ranelletti, nella seduta del 5 maggio, in base al risultato delle prove di esame ha conferito i seguenti premi: 1° Dott. Di Donna Pietro (L. 1000); 2° Dott. Nebuloni Antonio (L. 1000); 3° Dott. Zucchi Guido (L. 500); 4° Dott. Calculli Biagio (L. 500); 5° Dott. Scazzocchio Bruno (L. 500); 6° Del Duca Giuseppe (L. 500). Conseguirono il diploma di perfezionamento, con buona votazione anche i seguenti dottori: Barbieri Ernesto, Circo Sebastiano; De Barbieri Attilio; Giustolisi Giacomo; Mattina Antonio; Miraglia Vito; Moro Roberto; Pelagalli Egisto; Viviani Leonardo. Assistettero al corso quali comandati dalla Direzione Generale di Sanità Militare il Maggiore Medico dott. Perrilli Giovanni e Pellegrini dott. Oreste.

Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese

è indetto a Strasburgo dal 25 al 27 luglio. Temi ufficiali: la desensibilizzazione nelle malattie cutanee; Il nevo-carcinoma; Trattamento della sifilide nel periodo pre-umorale; Importanza della via d'introduzione dei medicinali nel trattamento della sifilide.

La Società Romana di Antropologia.

Si è adunata il 30 aprile, sotto la presidenza del prof. S. Baglioni; furono svolte le seguenti comunicazioni: prof. Primo Dorello: *La struttura della mandibola;* prof. Fabio Frassetto: *Un nuovo goniometro facciale;* prof. Velio Zanolli: *Contributo alla morfometria dorso-lombare in riguardo al problema sessuale ed etnico;* prof. Ayala Giuseppe: *Su una anomalia del corpo calloso non ancora descritta.*

Limiti d'età

Nella notizia sui «Limiti d'età» pubblicata sul n. 15, pag. 487, i cui elementi erano tratti dall'ottima «L'Università Italiana», è incorso un errore circa la data di nascita del chiaro prof. Luigi Pagliani, o. di igiene a Torino. Egli è nato il 25 ottobre 1847, e non il 9 aprile 1848. E in forza della disposizione regolamentare, che chi ha già cominciato il corso del nuovo anno accademico, resta in carica fino alla fine del corso, così il chiarissimo professore, come tutti quelli nati dopo il 15 ottobre (data di apertura dei Corsi universitari) resta in carica fino alla fine dell'anno accademico, non ostante abbia sorpassato i limiti d'età segnati dalla legge.

L'alcool per i laboratori scientifici, Musei ed Ospedali.

Con Decreto Ministeriale 28 febbraio 1923 è concesso l'abbuono o l'accreditamento dell'imposta per l'alcool destinato agli Istituti scientifici di istruzione, ai Musei ed Ospedali per usi scientifici e sanitari. Tale spirito viene adulterato alla presenza degli agenti di finanza coi denaturanti specificati nel decreto. L'alcool così denaturato deve essere dato in consegna ai direttori od all'economo dell'Istituto. Non è ammesso il ricupero dell'alcool adulterato, dopo il suo impiego, con procedimenti che ne possano comunque alterare lo stato primitivo di adulterazione.

Il nostro Periodico all'Estero

Il marchese Viti Mariani Annibali, agente consolare di Tampa (Florida), ci scrive:

«*Il Policlinico*, comprendente le tre Sezioni Medica, Pratica e Chirurgica, si trova sempre esposto nella sala d'aspetto di questa Regia Agenzia Consolare ed è letto con grande piacere dai colleghi italiani di qui: è una pubblicazione che veramente fa onore all'Italia».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 5 feb. — I. IACONO. Per la rapida diagnosi dell'infezione colerica. — G. APERLO. Il «segno di Tansini» per la diagnosi di metastasi intestinale nel carcinoma del piloro. — C. MADERNA. Il «mirion» nel lupus eritematoso.

Gaz. d'Hôp., 1 e 3 feb. — A. JACQUELIN. Gli edemi polmonari dei cardio-renali

Deutsche Med. Wochens., 2 feb. — SCHLAYER. Come riconoscere le alterazioni dei reni.

Münch. Med. Wochens., 2 feb. — H. SIEGMUND. Lesioni del cervello infantile da parto e loro sequele. — E. KRATTER. L'azione del «Mirion» nella sifilide e altre malattie.

Arch. Méd. Belges, genn. — E. HOVEN. *Reazioni* antisociali dei deliranti allucinati.

Presse Méd., 10 gen. — R. PROUST e A. MAURER. Trattamento del cancro della lingua. — P. SOLLIER e D. MORAT. Prova dell'emoclasia digestiva nel morfinismo.

Pediatria, 1 feb. — O. COZZOLINO. Enuresi essenziale, dismorfismo della colonna lombo-sacrale e mielodisplasia di Fuchs.

Presse Méd., 3 feb. — R. MATAS. L'endoaneurismorrafia. — H. LAGRANGE. Congiuntivite d'origine anafilattica.

Mediz. Klinik, 4 feb. — H. CURSCHMANN. Iperglobulia costituzionale e familiare. — E. PULAY. Il ricambio in dermatologia.

Journal Amer. Med. Assoc., 20 gen. — E. A. RIESENFELD. Reazioni intracutanee nella pertosse. — S. WALKER. Cheratite anafilattica. — H. FOX. Pneumolitiasi o broncolitiasi.

Zbl. inner. Med., 10 feb. — E. KYLIN. Sindrome ipertonia-iperglicemia-iperuricemia.

Spitalul, nov.-dic. — C. P. CAPLESCU e D. PAULIAN. Turbe neuro-dispeptiche d'origine appendicolare. — V. DIMITRU. Cancro del trivio dei dotti biliari. — PITOULESCO. Il ritmo psicopatico.

Pensiero Med., 27 gen. — L. GIUFFRÈ. Fisiopatologia del pancreas.

Folia med., 30 gen. — V. SUSANNA. Azione degli estratti di gangli linfatici sull'intestino.

British Med. Journ., 3 feb. — J. BORDET. L'autolisi microbica trasmissibile.

Paris Méd., 10 feb. — JEANNEY. Elementi prognostici nello choc traumatico.

Japan Med. World, 15 nov. e 15 dic. — Y. KAZAMA, K. YAMAGIWA, K. MURAYAMA. Produzione artificiale di neoplasmi.

Studium, 20 gen. — A. CARDARELLI. Tumore cerebrale con metastasi al collo e al mediastino. — G. FIORITO. La fagocitosi delle piastrine.

Bull. Ac. Méd., 23 gen. — Per il 100° anniversario della morte di Jenner.

Giorn. d. Med. Prat., gen. — D. TADDEI. La diagnosi precoce del carcinoma gastrico.

Biochimica e Terapia sper., 31 gen. — A. BALDONI. Rapporti chimici tra farmaco ed organismo.

Archivi.

Wiener Archiv f. inn. Medizin, 1. (Festnummer). — R. Bauer. Ittero e funzione epatica. — W. Falk, F. Depisch e F. Högler. Ipertensione arteriosa permanente e suoi rapporti con l'insufficienza renale. — R. Jakseh-Wartenhost. Policondropatia. — F. Kovács. Il cuore nell'arteriosclerosi. — R. Lenk, G. Holzknecht e H. Sielmann. Terapia eziologica conservativa dell'ulcera gastro-duodenale. — J. Mannaberg. Tachicardia da ipertensione. — N. Ortuer. Diagnosi della Concretio e Accretio cordis. — F. Pineles. Rapporti fra pancreas e necrosi. — H. Wintenberg. L'extrasistole interferenziale. — M. Weinberger. La cisti d'echinococco intratoracica. — A. Strasser. La regolazione termica.

Annales de Méd., gen. — G. Marinesco e S. Draganesco. Emisindrome bulbare. — J. Desqueyroux. Amino-acidemia. — A. Cain e P. Hillemand. La tbc. di prima infezione nell'adulto. — D. Daniliepoulo e A. Carniol. L'elemento psichico nella motilità gastrica. — A. Hanns. Acidità urinaria e albuminuria.

Bull. d. Scienze Med., nov.-dicc. — A. Lorenzini. La creatinina nelle urine dei bambini. — G. Pini. Il «mirion», nuovo composto iodico. — G. Rocchi. L'emanazione di radium (niton).

Arch. Mal. Appareil Digestif, etc., 6. — P. Duval. Gatellier e H. Béclère. Studio radiologico delle vie biliari.

Edinb. Med. Journ., feb. — E. Bramwell. La psicoterapia nella pratica generale.

Acta dermato-venereologica, 1-2. — L. Artz e H. Fuchs. Clinica e terapia della microscopia di Audonin. — K. Hedén. Studî ematologici nel trattamento mercuriale. — J. Almgvist. Le dermatosi mercuriali. — J. Forssmann. La praxis delle reaz. di W. e di S.-G. — L. M. De Buy Wenniger. Il trattamento bismutico della sifilide.

Arch. Epan. de Med. y Cir. y Esp., 3 feb. — J. F. F. Tello. Il neurotropismo. — E. Jeanbran e P. Cristol. L'uricemia.

Acta Medica Scandin., V. — T. E. H. Thaysen. Valore prognostico della Wassermann. — G. Aahlgren. Disidrogenasi muscolari.

Arch. Mal. Appareil Digestif, ecc., 1. — R. Bensaude e E. Antoine. Angioma cavernoso diffuso del retto.

Ann. d'Ostetr. e Ginec., gen. — E. Santi. Iniezioni di trementina nelle infezione puerperali. — E. Valli. Gravidanza interstiziale.

Proc. R. Soc. Medic., feb. — F. L. Golla. La base organica della sindrome isterica. — W. Harris. La polineurite periferica. — Casistica.

Indice alfabetico per materie.

Appendicite erniaria . . . . . . Pag. 665
Bibliografia . . . . » 669
Enterite muco-membranosa in lattante . » 672
Ernia crurale appendicolare strozzata . » 664
Ernia crurale vaso-lacunare: considerazioni . . . . » 656
Ernia di Laugier operata radicalmente con attorcigliamento del sacco . . . » 661
Ernia incarcerata (ovaio) del canale di Nuck . . . . » 667
Ernia ombelicale: casistica e considerazioni . . . . » 649
Idrologia: legislazione attuale e sue auspicabili modificazioni . . . . . » 673
Legge sanitaria: accertamento d'infrazioni . . . . Pag. 673
Ossa: diagnosi differenziale dei tumori maligni . . . . » 670
Osteite tifosa: vaccinoterapia . . . . » 671
Otosclerosi e gestazione . . . . . » 672
Rachitismo nella prima infanzia: cura . » 671
Sangue: azione dell'estratto d'ipofisi nella coagulazione . . . . . . » 671
Scoliosi ischiatica: sulla cosidetta — . » 670
Spondilite anchilosante cronica e tubercolosi . . . . » 670
Ufficiali sanitari: condizioni . . . . » 674
Vaccinazione antirabica: effetti . . . » 672

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 28 maggio 1923 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Sabatini: La determinazione quantitativa dei pigmenti biliari nelle orine.
Osservazioni cliniche: P. Magaudda: Sulla Mioclonia di Unverricht.
Note e contributi: G. Bertaccini: Un raro accidente da arsenobenzolo. Cinque casi seguiti ad uso di fiale della stessa serie.
Riviste Sintetiche: G. Romano: Il cancro.
Biografie: A. Filippini: Edoardo Jenner.
Sunti e rassegne: MEDICINA: Betchov: La gotta. — CHIRURGIA: K. Blond: Sul cosidetto circolo vizioso dopo le gastro-enterostomie. — IGIENE: G. Fabbri: La malaria nella quistione meridionale.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: XXII Congresso delle Società Italiane di Ostetricia e Ginecologia.
Indice alfabetico per materie.
Appunti per il medico pratico: DIAGNOSTICA: Diagnosi differenziale di quattro tipi di ulcera della lingua. — CASISTICA e TERAPIA: Sistema nervoso: Meningiti pseudo-cistiche della convessità in seguito ad otite. — Paralisi bilaterale degli abduttori laringei da alcool. — Sulla paralisi facciale con zoster. — Sistema digerente: Genesi e cura dei borborigmi gastrici. — Limitazioni nell'uso degli alcalini. — Per il trattamento dell'ulcera gastrica perforata. — VARIA
Politica sanitaria e giurisprudenza: Disposizioni transitorie per la nomina definitiva degli ufficiali sanitari provvisori. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Per la celebrazione del medico caduto in guerra. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI.

La determinazione quantitativa dei pigmenti biliari nelle orine.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, aiuto.

La determinazione quantitativa dei pigmenti biliari contenuti nei liquidi organici normali e patologici ha rappresentato un bisogno vivamente sentito dalla Clinica, ma purtroppo difficile ad essere appagato.

In questi ultimi tempi, per la bilirubinemia, sono stati proposti metodi determinativi abbastanza esatti, sopratutto con l'applicazione della diazoreazione di Ehrlich, introdotta in clinica da Hijmans v. den Bergh, e largamente usata da molti ricercatori. Anche questo metodo ha avuto obbiezioni, critiche e perfezionamenti: ma è innegabile che esso ha messo in evidenza fatti del più alto interesse. Senonchè, ripeto, la diazoreazione di Ehrlich, nella tecnica di v. den Bergh, è usabile solo per la determinazione quantitativa della bilirubina nel siero di sangue.

Per i pigmenti biliari presenti nelle urine manca assolutamente fino ad oggi un metodo di determinazione quantitativa. Questa lacuna è stata più volte lamentata dagli studiosi ed ultimamente, nel Congresso tedesco di Wiesbaden, in cui era come tema all'ordine del giorno la relazione sugli itteri, molti oratori hanno insistito sulla necessità per la clinica di avere la possibilità di determinare

quantitativamente i pigmenti biliari, che possono trovarsi nelle orine.

In un articolo recentissimo di Adler e Meyer, comparso quando questo lavoro era già pronto per la stampa (1), si fa un tentativo di dosaggio della bilirubina urinaria, partendo dal metodo di Grimbert, e servendosi, come controllo in primo tempo per formare la scala colorimetrica, dei colori forniti dalla reazione di Ehrlich-v. den Bergh. Ma il metodo dà risultati approssimativi. Io credo di poter oggi proporre finalmente un metodo che colma questa lacuna.

Nel decorso anno ho pubblicato (2) una nuova reazione chimica per la ricerca della bilirubina, nei liquidi organici, con speciale riguardo allo studio della bilirubinemia. Questa reazione si è dimostrata per la ricerca qualitativa dei pigmenti biliari equivalente alla diazoreazione, ma di essa assai più semplice, e sopratutto vantaggiosa per le eventuali applicazioni all'analisi quantitativa poichè ovvia al più grave difetto della reazione di Ehrlich-v. den Bergh, che è rappresentato dalla perdita di pigmenti biliari, i quali restano assorbiti dal precipitato albuminoideo provocato dall'alcool.

A proposito poi del principio sul quale la mia reazione è fondata, lo Zoja (3), nelle conclusioni della sua dotta relazione sugli itteri, fatta al 28° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna (Firenze, 1922), diceva appunto che, poichè l'indolo e il pirrolo possono contenersi nel sangue, egli trovava giusta la mia proposta di valersi della trasformazione della bilirubina in biliverdina, come metodo qualitativo e quantitativo per la determinazione della bilirubina.

Ho dunque cominciato coll'applicare la mia reazione alla determinazione dei pigmenti biliari presenti nelle orine.

Anche per questa determinazione ho seguito *la via colorimetrica*, l'unica usabile finora in questo genere di ricerche; ma per potervi giungere mi è stato necessario, preliminarmente, di risolvere alcuni problemi riguardanti la chimica della bilirubina.

Come *Reattivo* ho adoperato quello da me precedentemente descritto e costituito da:

L i q u i d o I: Acido cloridrico puro cc. 12, acqua distillata q.b. per cc. 100 (la diluizione va fatta in un palloncino tarato da 100 cc.).

L i q u i d o II: Soluzione di nitrito di sodio all' 1 %.

Per ottenere il reattivo si uniscono al momento dell'uso 30 cc. di Liquido I e 1 cc. di Liquido II, si agita, per ben mescolare, ed il reattivo così ottenuto si mette in una buretta graduata. Dopo qualche ora conviene di preparare di nuovo la miscela, perchè diminuisce la sua attività.

Aggiungendo questo reattivo a liquidi contenenti bilirubina (soluzione di bilirubina pura, sangue itterico, orina itterica, ecc.), si ha immediatamente una colorazione verde smeraldo, che in un periodo di tempo più o meno lungo vira verso il verde bleu. (Questo fenomeno della modificazione del colore è dovuto al fatto che la bilirubina è un *indicatore*, e quindi il suo colore varia colla concentrazione di joni-idrogeno e col valore di p. Questo fatto disturba notevolmente e rende difficilissime ad applicarsi tutte le reazioni colorate per la determinazione di questo pigmento).

A parità di volumi, *la intensità del colore verde ottenuto è proporzionabile alla quantità di pigmento biliare presente*. Quindi è facile formare una scala-campione colorimetrica precisa, dalla quale dedurre poi la quantità di pigmenti biliari contenuti in un determinato liquido in esame, e calcolarne i valori percentuali assoluti.

Stabilito così il principio del metodo e controllatane sperimentalmente l'esattezza, usando soluzioni titolate di bilirubina pura, io ho cercato di fissare una tecnica, che rendesse pratica la reazione per gli scopi clinici.

Ma, come accennavo, ho dovuto prima risolvere alcuni problemi, che ostacolavano quest'applicazione.

Infatti *la prima difficoltà*, che s'incontra, è che le soluzioni titolate di bilirubina, da cui bisognerebbe partire, sono assolutamente instabili, e già dopo alcune ore dalla loro preparazione si alterano, decolorandosi e non reagendo più che debolmente o affatto. E questo è un inconveniente grave, perchè porta a preparare ogni volta la soluzione titolata di bilirubina pura, con perdita di questa sostanza, assai rara ad aversi.

In secondo luogo la colorazione verde ottenuta per la trasformazione della bilirubina in biliverdina, per mezzo del reattivo, è anche essa instabile, e vira rapidamente al bleu, con tutta una serie intermedia di gradazioni, che rendono difficilissima la comparazione co-

---

(1) ADLER e MEYER. Klinische Wochenschrift, 5 febbraio 1923.

(2) SABATINI G. *Nuovo metodo chimico per la ricerca della bilirubina con speciale applicazione allo studio della bilirubinemia.* Policlinico, Sez. Pratica, 1922, n. 26.

(3) ZOIA. *Gli Itteri.* Relazione al XXVIII Congresso di Medicina Interna. Policlinico, Sez. Pratica, 1922, n. 45.

lorimetrica. Per ovviare a questi inconvenienti, io ho cercato in primo tempo di studiare un metodo di estrazione della bilirubina e della biliverdina, tale da fornire soluzioni sufficientemente stabili. Ed in questa ricerca ho messo in evidenza una proprietà dei pigmenti biliari di notevole interesse: *L'alcool amilico puro ha la proprietà, in ambiente acido, di estrarre totalmente dalle sue soluzioni la biliverdina,* mentre non estrae la bilirubina alcalina.

Io non mi fermo per ora su questo importante dato chimico non conosciuto; mi basta averlo accennato in quanto che esso trova la sua applicazione in questo studio. Infatti la biliverdina ottenuta, con la colorazione cloronitrica, per trasformazione della bilirubina, può essere *totalmente estratta* coll'alcool amilico. Per tal modo se noi prendiamo una soluzione acquosa di bilirubina, e la trattiamo col mio reattivo, otteniamo immediatamente il tipico colore verde: aggiungendo ora a questo liquido l'alcool amilico anche in piccole quantità ed agitando, questo assorbe *tutta* la biliverdina, e poichè non si mescola con l'acqua, forma al di sopra di questa uno strato verde più o meno intenso, mentre il primitivo liquido sottostante diviene assolutamente incoloro. L'affinità dell'alcool amilico per la biliverdina raggiunge gradi altissimi: qualche cc. di alcool amilico è capace di decolorare 10-15 cc. di soluzione di biliverdina derivati dall'ossidazione di bilirubina.

La soluzione di biliverdina in alcool amilico è sufficientemente stabile, e, prescindendo dal più o meno rapido viraggio verso il bleu, dipendente dall'eccesso o meno del reattivo usato, e quindi dall'intensità dell'acidità, essa si mantiene immutata per parecchi giorni.

Analogamente, come ho potuto assodare con l'estensione delle mie ricerche, l'alcool amilico *con opportuna tecnica* estrae completamente la bilirubina, ottenuta dalla reazione cloronitrica su un'orina itterica, lasciando l'orina pressochè incolora.

Anche in questo caso la soluzione amilica, di biliverdina ottenuta mediante l'estrazione è assai più stabile di quello che non sia la massa primitiva dell'orina trattata con l'aggiunta semplice del reattivo.

Sicchè mediante questo sistema dell'estrazione, si ottengono soluzioni biliverdiniche stabili e confrontabili, quali, cioè, sono richieste per eseguire la determinazione quantitativa colorimetrica del pigmento bilirubinico contenuto in campione di orina, con una soluzione amilica titolata di biliverdina.

Ma a questo punto una nuova difficoltà si è presentata, ed è stata la seguente: dall'orina itterica, che ha data la reazione verde, riesce difficile o quasi impossibile, *estrarre totalmente*, mediante l'alcool amilico, la biliverdina: l'orina non la cede tutta e quindi non si decolora, qualunque sia la quantità di alcool che si aggiunga. Così che non sarebbe possibile la determinazione quantitativa esatta.

Questo fatto trova un certo riscontro nel doppio tipo di reazione diazoica descritta nei sieri itterici di v. den Bergh, per cui alcuni sieri non dànno la reazione se prima non siano stati trattati con alcool (reazione indiretta degli itteri dinamici) (1). Ora io ho pensato che potesse ciò esser dovuto al trovarsi la bilirubina eliminata dai reni legata a qualche altro composto, che le impedisse di reagire come la bilirubina chimicamente pura.

Partendo da questo presupposto, ho pensato di liberare la bilirubina urinaria, rompendo questo suo eventuale legame organico; ed a tal fine ho trattato preliminarmente l'orina con piccole quantità di alcali (soluzione 10 % di KOH) e riscaldamento a bagnomaria a 60°-80° per circa 5 minuti. Ed ho visto che eseguendo dopo *quest'aggiunta d'alcool la reazione* (1) e quindi l'estrazione con l'alcool amilico, si riesce far passare *tutto* il pigmento nell'alcool, decolorando l'orina completamente.

Come si vede dunque io ho dovuto studiare ed applicare due nuove proprietà dei pigmenti biliari (solubilità in alcool amilico della biliverdina e rottura per mezzo dell'alcali di un eventuale legame ad altro corpo del pigmento presente nelle orine) per poter ottenere condizioni, che permettessero in pratica la determinazione quantitativa del pigmento biliare urinario.

Stabilite dunque queste basi chimiche e servendomi di un colorimetro di Hellige-Autenrieth, di cui ho preparato e tarato un cono riempito con soluzione amilica di biliverdina 1 : 10000, io quindi ho eseguito numerosissime ricerche, studiando soluzioni acquose note di bilirubina pura (bilirubinato d'alcali), soluzioni determinate antecedentemente aggiungendo bilirubina in orina normale, nonchè urine itteriche di varia concentrazione pigmentaria.

E calcolando, mediante la tavola grafica annessa al cono, i valori trovati, ho potuto vedere come essi fossero sempre esatti, e stabilire così la bontà del metodo. Dopo ho ese-

(1) Cfr. SABATINI. *Itteri statici e dinamici.* Policlinico, Sez. medica, 1922.

(1) Notisi che occorre maggior quantità di reattivo, poichè una prima parte di esso va perduta per neutralizzare l'alcali aggiunto.

guito la determinazione quantitativa del pigmento di numerosissimi liquidi bilirubinici, ed ho visto come esso abbia tutti i requisiti della praticità.

Ecco quindi come va eseguito **il metodo del dosaggio della bilirubina dell'urina mediante l'estrazione:**

1° PREPARAZIONE DELLA SOLUZIONE TITOLATA DI CONTROLLO.

A) *Soluzione titolata di biliverdina.*

5 mmgr. di bilirubina pura, esattamente pesati, vengono disciolti, usando un palloncino tarato, in 50 cc. di acqua distillata debolmente alcalinizzata (0.8 cc. di soluz. 10 % di KOH su 100 di acqua distillata). La alcalinizzazione è necessaria, per ottenere il bilirubinato d'alcali, essendo altrimenti la bilirubina insolubile nell'acqua pura. Si ottiene così una soluzione titolata di *bilirubina in acqua* 1: 10000.

Di questa soluzione si prendono esattamente 10 cmc., si mettono in un tubo graduato da 25-30 gr. con tappo smerigliato: vi si lasciano cadere, da una buretta graduata 1.5-2 cc. del mio reattivo e immediatamente si ha una colorazione verde; dopo qualche secondo d'attesa, da un'altra buretta graduata con precisione si aggiungono nel tubo 10 cc. di alcool amilico; si tappa, si mescola rovesciando più volte (non è consigliabile agitare forte), e si lascia in riposo; si vede allora che l'alcool amilico ha estratto tutto il colore verde formando sulla soluzione di bilirubina, divenuta incolora, una colonna di esattamente 10 cmc. (nessuna quantità di alcool amilico è andata perduta perchè questo non si discioglie nell'acqua). Abbiamo ottenuto così una soluzione di *biliverdina in alcool amilico* 1: 10000. Con essa si riempiono il cono del colorimetro di Autenrieth o la vasca del colorimetro di Dubosq, oppure un altro qualsiasi colorimetro.

B) *Soluzione cromica titolata.*

L'esperienza mi ha dimostrato che questa soluzione amilica di biliverdina, quand'anche preparata evitando ogni eccesso di reattivo acido e tenuta lontana dall'aria e dalla luce, subisce, dopo alcun tempo, delle lievi modificazioni nell'intensità e nella tinta, che tende a divenire sempre più bluastra. Ciò rappresenta un grave inconveniente inquantochè da un lato altera i valori e dall'altro rende difficile il paragone colle soluzioni di pigmenti urinari, le quali hanno un'altra *nuance* di verde.

Per evitare detto inconveniente io ho pensato di servirmi, come soluzione di controllo, di un liquido, che avesse la stessa tonalità e intensità di tinta della soluzione titolata di biliverdina, ma che fosse stabile.

Dopo lunghi tentativi, sono riuscito ad ottenerlo usando ricorrere ai sali di cromo.

Ecco il metodo di preparazione:

20 gr. di allume di cromo commerciale, esattamente pesati, vengono disciolti in 200 cmc. di acqua distillata: si ottiene una soluzione azzurra bruna, la quale portata ad ebollizione (non si deve però far bollire) assume un colore azzurro verde. Perchè coll'evaporazione non si modifichi la concentrazione della soluzione durante il riscaldamento e il successivo raffreddamento, si munisce il palloncino di un tappo a raffreddamento ad acqua, che lascia ricadere le piccole quantità di vapore acqueo, che si formano durante tutto questo tempo. Una pesata del palloncino prima e dopo l'ebollizione assicura che non siano avvenute perdite.

Da un altro canto si prepara una soluzione di bicromato potassico 1 %.

Ora si prendono 100 cmc. della soluzione di allume di cromo e vi si aggiungono 8 cmc. della soluzione di bicromato potassico (si ottiene con questa aggiunta un *tono* di tinta uguale a quello che suole assumere la biliverdina amilica quand'è estratta dalle orine); di questa miscela si prendono cc. 33.2 e vi si aggiungono cc. 66.8 di acqua distillata: la soluzione che si ottiene è uguale per intensità e per tono a quella di biliverdina in alcool amilico 1: 10000. Con questa soluzione, che è inalterabile, si riempie il cono del colorimetro.

2) DOSAGGIO DEL PIGMENTO BILIARE DELL'ORINA.

A 2 cc. di orina posti in adatto tubo da centrifuga, vengono aggiunti 0.2 cc. di soluzione 10 % di KOH; il tubo viene immerso per cinque minuti in un becher, posto su una fiamma a gas e contenente acqua tenuta fra 60° ed 80°. Tolto quindi il tubo, raffreddatolo rapidamente sotto una corrente d'acqua (1), vi si fanno cadere da una buretta 2-3 cmc. del reattivo, e si aspetta qualche secondo finchè sia ben netta la trasformazione verde della bilirubina, quindi si aggiungono, facendoli cadere da un'altra buretta, 2 cmc. di alcool amilico, si chiude il tubo con un dito e si mescola accuratamente, rovesciandolo più volte. Se l'orina non è bene decolorata, ciò che accade specialmente nei casi di presenza di abbondanti pigmenti, si torna ad aggiungere altro reattivo, sempre agitando. *La quantità di reattivo adoperata non ha importanza.* In genere bastano 6-7 cmc. Quando si vede che l'o-

(1) Il raffreddamento è necessario per evitare che l'alcool amilico s'intorbidi.

rina è bene scolorata (una lieve opalescenza azzurra non disturba), si centrifuga per separare bene i 2 cc. di alcool amilico. A volte si forma, colla centrifugazione, nell'alcool amilico galleggiante un intorbidamento, da sospensione di sostanza tenuissima: esso scompare rompendolo mediante l'agitazione con un'ansa di platino, che si rimescola entro lo strato di alcool, e tornando quindi a centrifugare per qualche momento.

Ottenuto così uno strato nettamente separato di 2 cmc. di alcool amilico, in cui è passata tutta la bilirubina dei corrispondenti 2 cmc. di orina (quindi si è mantenuta la stessa concentrazione pigmentaria) mediante una pipetta sottile munita di cappuccio di gomma si aspira pressochè tutto l'alcool e si mette nella vaschetta del colorimetro.

Quindi si fa la lettura, e sulla tavola annessa al cono, si trova il valore corrispondente alla soluzione di biliverdina 1: 10000.

Il calcolo successivo è facile, e si ottiene così la cifra della quantità di bilirubina contenuta in 2 cmc. di orina (espressa dalla biliverdina contenuta in 2 cmc. di alcool amilico), da cui si risale al valore assoluto percentuale della bilirubina contenuta nell'orina.

È appena necessario di dire che se l'orina ha un contenuto pigmentario troppo elevato, sì da dare soluzioni amiliche troppo intense, essa va precedentemente in modo opportuno diluita in acqua (1: 2, 1: 3) e della diluizione va tenuto conto nel calcolo.

Questo metodo, già di per se stesso così facile, può essere ancora semplificato, eseguendolo cioè direttamente sull'orina trattata col reattivo, senza bisogno di estrarne il pigmento verde con l'alcool amilico. Senonchè in questo caso non è usabile la stessa soluzione cromica titolata, che abbiamo precedentemente descritto, perchè la sua *tinta ed intensità* non corrispondono.

Bisogna quindi preparare un liquido di controllo leggermente modificato. Ecco la tecnica per il **dosaggio immediato della bilirubina dell'orina**:

1) SOLUZIONE CROMICA TITOLATA PER IL COLORIMETRO.

A 100 cmc. della soluzione di allume cromico preparata e riscaldata nel modo descritto, si aggiungono cmc. 14 di soluzione di bicromato potassico 1 %. Di questa miscela si prendono cmc. 33.9 e vi si aggiungono cmc. 66.1 di acqua distillata: questa diluizione corrisponde alla soluzione 1: 10000 di bilirubina e rispettivamente biliverdina nell'orina.

Preparata così la soluzione se ne riempie il cono del colorimetro.

2) DOSAGGIO DEL PIGMENTO BILIARE DELL'ORINA.

Si prendono 2 cmc. di orina e vi si aggiungono 1 cc. di reattivo e 1 cc. di acqua distillata per portare il volume a 4. Se con l'aggiunta del reattivo non si ha dopo 1-2 minuti il colore verde massimale, basta mettere il tubo in acqua calda a 70°-80° per accelerare l'ossidazione della bilirubina. Se il liquido è poco trasparente si può renderlo tale aggiungendo un paio di gocce di alcool etilico a 95° e centrifugando. Quindi con quest'orina si riempie la vaschetta del colorimetro, si fa la lettura, ed il numero trovato si riporta alla tavola annessa al relativo cono; si legge così la cifra della bilirubina contenuta nel liquido esaminato.

Naturalmente con questo secondo procedimento diretto, il valore ottenuto è la metà di quello avuto col metodo precedente: infatti nel primo caso i pigmenti biliari di 2 cmc. di orina erano passati in 2 cmc. di alcool amilico trasformati in biliverdina, mentre in questo secondo caso gli stessi pigmenti di 2 cmc. di orina si trovano diluiti in 4 cmc. di liquido totale (2 cmc. di orina + 1.0 di reattivo + 1.0 di acqua). Il calcolo è eseguito perciò come per l'altro metodo, ma la cifra finale va raddoppiata.

Molte decine di titolazioni fatte con questo procedimento diretto e contemporaneamente con quello della estrazione coll'alcool amilico mi hanno dato cifre o assolutamente eguali o con differenze contenute nei limiti d'errore di ogni metodo quantitativo di questo genere (centesimi di milligrammo).

Questo secondo procedimento, che io chiamerei globale o diretto, è quindi più semplice dell'altro e del pari esatto, solamente esso non dà risultati egualmente brillanti e colori di pari facile lettura.

Per uno studio preciso i due procedimenti possono completarsi e vicendevolmente controllarsi.

Concludendo, senza riportare qui i dati delle numerosissime determinazioni che ho fatte su orine itteriche, su orine normali, cui erano state aggiunte quantità determinate di bilirubina, nonchè sopra soluzioni acquose a contenuto noto di bilirubina, posso affermare che l'esattezza del metodo di determinazione quantitativa, che io in questa nota descrivo, si è dimostrata assoluta.

E di tale semplicità, che con un poco di pratica la determinazione quantitativa dei pigmenti biliari contenuti in un campione di orina si può eseguire in pochi minuti.

L'esperienza dirà i servigi, che questo metodo può arrecare alla clinica, rispondendo ad un bisogno così largamente sentito.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI MESSINA.

Sulla Mioclonia di Unverricht.

Contributo clinico

per il dott. PAOLO MAGAUDDA, aiuto.

Fra le sindromi della epilessia, un gruppo clinicamente delimitato è quello delle policlonie epilettiche. Caratteristica di tali forme, è quella di presentare associate nello stesso soggetto policlonie ed accessi epilettici.

Il Salkind ha suddiviso tali forme in due gruppi principali: *policlonie epilettiche nel senso stretto* e *policlonie Jacksoniane*, a seconda che l'accesso convulsivo riveste i caratteri dell'accesso epilettico generalizzato oppure dell'accesso parziale.

Tanto nell'una come nell'altra forma, il policlono può manifestarsi sia come equivalente dell'accesso, sia come sintomo concomitante.

La policlonia epilettica in senso stretto, nella quale il policlono rappresenta un equivalente dell'accesso convulsivo, forma descritta per il primo dal Lundborg, è nota sotto il nome di *policlonia epilettica intermittente*.

Le forme in cui il policlono rappresenta un sintoma concomitante sono note sotto il nome di *sindrome di Kojewnikow* se l'accesso riveste i caratteri del tipo Jaksoniano, di *sindrome di Unverricht* se l'accesso è generalizzato.

Oltre tali sindromi già note, il Salkind ne ha individualizzato una terza: *la policlonia psicolettica*, costituita dall'associazione del policlono alla psicolessia del Dana. I rapporti che in essa esistono fra il policlono e l'accesso convulsivo clinicamente sarebbero identici a quelli che esistono fra questi due sintomi nella policlonia di Unverricht.

Mentre ricchissima è la letteratura delle mioclonie in genere, molto scarsa è quella relativa alle policlonie epilettiche, data la rarità di dette forme.

Scopo della presente nota è quella di portare un contributo clinico alla sindrome di Unverricht.

Detta sindrome venne individualizzata dall'Unverricht, da cui prese il nome, nel 1891 e fin d'allora vennero messi in evidenza i caratteri fondamentali di essa: di essere cioè famigliare ed ereditaria.

Successivamente il Lundborg, nel 1901 e 1903, con la scorta di osservazioni personali, ne tracciò meglio i confini ed il decorso mettendo sopratutto in evidenza, come essa si sviluppi sopra un substrato di degenerazione.

La sindrome è caratterizzata da clonie asincrone, bilaterali, brusche al pari di contrazioni determinate da stimolo elettrico, accompagnati da accessi di epilessia motoria, e separati da intervalli di calma di durata variabile.

Il Lundborg ha diviso in tre periodi il decorso della sindrome.

1° Nel primo, che ha una durata da uno a due anni e che ha principio verso il 12° anno di età, si hanno accessi convulsivi epilettici tipici con perdita di coscienza ed emissione di feci ed urine. Nei soggetti colpiti si nota ben presto un cambiamento di carattere con sintomi marcati di irritabilità e depressione dell'umore. Successivamente subentrano tremori e scosse muscolari fibrillari.

2° Nel secondo periodo insorgono le policlonie: dapprima limitate agli arti e di breve durata, in seguito estese a tutto il corpo e tanto intense e frequenti da impedire agli ammalati di prendere i cibi con le loro mani e di vestirsi. Scompaiono durante il sonno.

Dopo alcuni anni insorgono dei disturbi psichici: gli ammalati sono irritabili, agitati, altre volte apatici, sonnolenti. Il Lundborg ammette delle vere psicosi: confusione mentale con allucinazioni visive e disartria; stati malinconici; stati maniaci; stati catatonici. In tale periodo i pazienti possono morire in istato epilettico.

3° Nel terzo periodo scompaiono gli accessi epilettici, ma le clonie aumentano in modo che il paziente è obbligato a stare sempre a letto in uno stato di rigidità generale. Gli ammalati in questo periodo spesso presentano esagerato il senso della fame e della sete, però dimagriscono rapidamente. La morte avviene per marasma.

Dopo Unverricht e Lundborg altri autori hanno portato notevoli contributi: D'Allocco, Euzière e Maillet, Pellissier, Jendrassik, Praut e Klark, Fazio, Seppilli, Schupfer, Salkind, Niccolai, Pedercini, ecc., però si discute ancora sulla etiologia e patogenesi, più che mai incerto è il reperto anatomo-patologico.

Sulla patogenesi delle mioclonie in genere vi sono due teorie: l'una che attribuisce la clonia ad uno stimolo corticale, l'altra ad uno stimolo midollare.

I sostenitori della teoria corticale portano come argomenti clinici dimostrativi: la decadenza mentale dei mioclonici, la coesistenza della mioclonia e della epilessia, l'influenza delle cause morali sugli spasmi muscolari, l'unilateralità o il predominio delle clonie da un solo lato, osservata in qualche caso, la presenza del segno di Babinski alle volte riscontrata, la clonia, che alle volte insorge in alcune forme come equivalente dell'accesso ed

infine, passando nel campo sperimentale, le prove di elettrizzazione della corteccia, che determinano movimenti clonici nei gruppi muscolari a seconda del punto d'applicazione. Il Fragnito sostenitore della genesi corticale ammette che « una lesione corticale, perchè sia capace di provocare una mioclonia, deve interessare direttamente la zona motrice e non le sue vicinanze, penetrare nella sua compagine e non sfiorarla alla superficie ».

L'origine midollare viene ammessa dal Robitschek, il quale dal fatto che nella cloronarcosi profonda, in un ammalato di paramioclono, le clonie venivano a scomparire del tutto, mentre si accentuavano al principio ed alla fine della narcosi, deduceva che la scomparsa tardiva delle clonie fosse dovuta all'azione del cloroformio sul midollo spinale (che la risente più tardi della corteccia cerebrale).

Restando nel campo sperimentale, l'ipotesi dell'origine midollare viene anche ammessa dal Turtschaninow, il quale, in seguito ad iniezioni di fenolo nel cane, ottenne delle contrazioni simili a quelle del paramioclono, clonie che persistevano dopo l'asportazione del cervello, dei peduncoli, della parte più alta del midollo; ma scomparivano dopo la resezione del crurale e dello sciatico.

Altri autori ammettono una doppia origine cerebrale e spinale.

Il Lugaro ritiene che la clonia sia l'espressione dello stato neuroclonico: ora dei protoneuroni motori delle cellule delle corna anteriori (contrazioni fibrillari dei neurastenici, corea fibrillare e paramiclono puro del Friedreich); ora degli elementi motori di secondo ordine (tics volgari, corea elettrica in cui sono colpiti gruppi muscolari coordinati); ora degli elementi più elevati o psico-motori (malattia dei tics in cui si hanno veri atti psichici).

I reperti anatomo-patologici sono scarsi e contradittorî.

In uno dei casi del Bresler furono trovate: aderenze della dura madre all'osso, due difetti di sostanza nei poli frontali della grandezza di un pisello, aderenti colla pia al loro orlo; nel secondo caso, la pia, in corrispondenza delle circonvoluzioni centrali era torbida, le circonvoluzioni appiattite specialmente le occipitali. Nel caso dello Schupfer si notò iperemia della sostanza cerebrale. Rossi e Gonzales hanno trovato diffusa atrofia degli elementi di tutta la corteccia, specialmente nelle zone rolandiche e nel piede della 3ª circonvoluzione frontale destra e sinistra, cioè nel punto dove si localizza la zona epilettogena. Al contrario il Volland in 4 casi ha trovato delle lievi alterazioni corticali, e marcate alterazioni nelle cellule delle corna anteriori del midollo. Lafora e Glueck delle alterazioni nelle cellule ganglionari nel 2°, 3°, 4° strato corticale, nelle cellule dei corpi quadrigemini, dei talami ottici, del bulbo e delle corna posteriori del midollo.

In considerazione di tanta disparità di opinioni e di reperti, ogni contributo sia pure clinico, che possa delucidare qualche lato del problema è certo di una indiscutibile importanza.

Nel Manicomio di Messina, ho avuto l'opportunità di studiare due casi in due fratelli, che presentavano in modo completo il complesso sintomatico che caratterizza la sindrome di Unverricht.

Riferisco brevemente le due storie cliniche.

O. Calogero di Giuseppe, di anni 21, celibe, zolfataio, da Grotte (Girgenti), ammesso il 22 ottobre 1920.

Precedenti ereditari. — Il padre vivente, soffre di bronchite facilmente recidivante, non alcoolista, nega malattie veneree. La madre vivente, sana, ebbe 15 gravidanze condotte a termine di cui due gemellari, dieci figli viventi: 7 maschi e 3 femmine tutti sani, 7 morti: uno per polmonite a sette anni, gli altri per malattie proprie dell'infanzia. Il padre condannato a tre mesi condizionali per rissa. Il nonno paterno alcoolista.

Precedenti personali. — Nato da parto a termine eutocico, allattò al seno materno, fece le comuni malattie esantematiche, non avvicinò mai la donna, parco bevitore, attendeva al mestiere del zolfataio, frequentò le scuole elementari fino alla terza classe.

Nel giugno del 1916 ebbe a subire un trauma psichico. Mentre, insieme col fratello, al termine della giornata di lavoro, si accingeva a ritornare a casa, uscito fuori dalla zolfara, proprio nelle immediate vicinanze di essa ebbe a presenziare una grassazione. Due mulattieri che passavano innanzi la zolfara ebbero l'intimazione di gettarsi faccia a terra e di sborsare il denaro che avevano addosso. Tale grassazione veniva perpretata da quattro malviventi armati di fucile.

Il nostro paziente, terrorizzato a tale vista, insieme col fratello, fuggì verso casa. Subito non ebbe a subire altri malanni, però i genitori notarono che nei mesi successivi cominciò a presentare scarsa resistenza al lavoro, crisi d'irritabilità, periodi di depressione dell'umore. Nel dicembre dello stesso anno, venne colpito da un primo accesso epilettico generalizzato, con perdita di coscienza, emissione di bava dalla bocca, perdita di urine.

Continuò a lavorare, ma in seguito, essendosi resi frequenti gli attacchi e con questi determinandosi un decadimento mentale non fu più capace di attendere a qualsiasi lavoro. Dopo due anni dai primi attacchi epilettici, cominciarono a manifestarsi le policlonie.

E. O. Soggetto a tipo longilineo, di gracile costituzione, in istato di marcato deperimento organico. Dal punto di vista morfologico da notare: testicoli discesi nello scroto, ma ipo-

plasici, rari peli, lunghi, isolati sulle parti laterali del labbro superiore e al mento, assenza di peli sul torace e sugli arti, ipotricosi al pube ed alle ascelle. La tiroide non offre nulla di speciale.

L'esame degli apparecchi respiratorio, circolatorio, digerente ed urinario non offre nulla di patologico.

Il paziente presenta delle clonie le quali hanno come caratteri di essere simmetriche, aritmiche, spesso non interessano tutto il muscolo ma segmento di muscolo, sempre brusche, rapide, quasi reazioni muscolari a stimoli elettrici. Non determinano in genere effetto locomotore. A serie di 5, 6 deboli ne subentra una più violenta. Cessano durante il sonno.

Interessano in special modo la lingua, i muscoli periorali, gli estensori delle dita delle mani e dei piedi, i quadricipiti crurali. Durante la scossa clonica si vedono nettamente sollevarsi sotto la pelle i tendini degli estensori. Non ne sono esenti i muscoli della deglutizione e della fonazione. La parola è lenta, sillabata, alle volte esplosiva, spesso troncata dall'accesso clonico. Il paziente che è voracissimo deve essere sorvegliato durante i pasti per la minaccia di soffocazione. Per la diffusione delle clonie ai muscoli lunghi del dorso e a quelli del collo, si determinano movimenti a scatto del tronco dall'avanti all'in dietro, alle volte il paziente assume bruscamente per istanti la posizione di opistotono.

La stazione eretta non è possibile senza sostegno. Il paziente cammina appoggiandosi ai muri o facendosi sostegno con le sedie. Se ne la stazione eretta viene colto dall'accesso epilettico cade sempre in avanti ed a sinistra, battendo prima sul ginocchio. Sulla pelle del ginocchio infatti si nota una cicatrice irregolare, grande quanto una moneta da due soldi, dovuta alle pregresse cadute.

Le clonie sono prevalenti al lato sinistro.

Non presenta alcun disturbo a carico della sensibilità generale.

Visus = 1. Udito normale. Prove del Rinne e Weber negative. Olfatto e gusto normali.

I riflessi tendinei superiori vivaci. Vivaci i rotulei e gli achillei, più marcati a sinistra, dove esiste clono del piede. Assenza del Babinski. Cremasterici ed addominali normali, presenti il corneale, il congiuntivale ed il faringeo.

Pupille rotonde, uguali, regolari, reagenti ai vari stimoli.

Negativa la Wassermann sul siero del sangue.

La puntura lombare ha dato esito a liquor chiaro, trasparente, lieve aumento della pressione. Assenza di linfocitosi, negative le prove del Nonne-Apelt e la Wassermann.

Lo stato mentale caratterizzato da una decadenza intellettuale, con memoria frammentaria, deficienza critica, torpore affettivo, apatia.

Il decorso ulteriore ha messo in evidenza come le clonie non persistono sempre con la stessa intensità e con la stessa estensione.

Vi sono periodi di calma, durante i quali le clonie senza mai scomparire del tutto sono limitate a qualche muscolo o segmento di muscolo, non ostacolano la deambulazione, non la deglutizione. In tale periodo le condizioni generali vanno migliorando con sensibile aumento del peso.

Da tale periodo di calma della durata da qualche settimana ad un mese e più, si passa ad un periodo che diremmo di stato, per la somiglianza che presenta con lo stato epilettico: l'aumento delle clonie progressivo sia per estensione che per intensità giunge a tal punto da obbligare il paziente a restare sempre a letto in istato di continua tensione, incapace di cibarsi da solo per l'impossibilità di prendere e portare gli alimenti alla bocca, incapace anche a balbettare qualche parola. Tale periodo della durata di sei, sette giorni è caratterizzato dall'insorgenza di veri accessi epilettici, con perdita della coscienza, bava alla bocca, cianosi del volto, perdita delle urine. Da notare in siffatti accessi il fatto che i muscoli restano contratti in fase tonica più a lungo che nei comuni accessi epilettici, con un grido iniziale più prolungato. Profondo lo stato soporoso consecutivo, della durata di qualche ora.

Esiste un rapporto fra intensità e frequenza delle clonie ed intensità e frequenza degli accessi epilettici.

Durante tale periodo si determina rapidamente deperimento organico, si hanno disturbi enterici con diarrea.

Da tale periodo, così detto di stato, si ritorna gradatamente a quello di calma.

O. Michele, di Giuseppe, di anni 19, celibe, zolfataio, da Grotte. Ammesso il 22 ottobre 1920.

Precedenti ereditari. — Vedi storia del fratello Calogero.

Precedenti personali. — Nato da parto gemellare a termine, allattò al seno materno, ebbe le comuni malattie esantematiche, a sei anni tifo in seguito al quale residuò lieve cofosi, non avvicinò mai la donna, frequentò le scuole elementari fino alla terza classe, sapeva scrivere correttamente, leggeva quotidianamente i giornali.

Zolfataio. Nel giugno del 1916 ebbe a subire il trauma psichico, cui è fatto cenno nella storia del fratello. Giunto a casa in preda a panico più accentuato che nel fratello, rimase a letto febbricitante per sei giorni, il sesto giorno ebbe una convulsione a tipo epilettico; potè ritornare in seguito al lavoro per altri due anni, ma dopo subentrarono nuovamente le convulsioni fino a renderlo inadatto a qualsiasi lavoro.

Da un anno sono comparse le policlonie.

E. O. Giovane di media statura, a costituzione scheletrica regolare, discreto lo stato di nutrizione generale. Dal punto di vista morfologico da notare lieve ipertrofia dei due lobi laterali della tiroide. Rari peli al labbro superiore ed al mento. Normali le ghiandole sessuali.

Nulla a carico degli apparecchi respiratorio, circolatorio, digerente ed urinario.

Dal lato mentale una decadenza intellettuale più marcata che nel fratello.

Il paziente presenta delle clonie associate ad accessi epilettici.

Per la estensione delle clonie, la intensità, il decorso ripete esattamente lo stesso quadro del fratello. Manca il predominio di esse dal

lato sinistro e la caduta durante l'accesso non offre modalità apprezzabili. Identico il decorso in periodi di calma ed in periodi di esacerbazione delle clonie con insorgenza di accessi epilettici.

Nessun disturbo apprezzabile a carico della sensibilità generale e dei sensi specifici ad eccezione di una lieve cofosi.

Vivaci i riflessi tendinei superiori, vivaci ma uguali d'ambo il lati i rotulei e gli achillei, plantari in flessione.

Normali i cremasterici e gli addominali, presenti il corneale, il congiuntivale ed il faringeo.

Pupille rotonde, uguali, regolari, reagenti ai vari stimoli.

Negativa la Wassermann sul siero e sul liquor. Nel liquor assenza di linfocitosi, negativa la Nonne-Apelt.

Riassumendo la sintomatologia dei due casi abbiamo che in due fratelli, di cui uno nato da parto gemellare, sui quali non grava una forte eredità patologica (soltanto l'alcoolismo del nonno paterno), lo stesso trauma psichico, che agisce nelle medesime circostanze di tempo e di luogo, determina l'insorgenza di un quadro morboso costituito dall'associazione di accessi epilettici e di policlonie.

Come nella sindrome di Unverricht gli accessi epilettici precedono di qualche anno le clonie. Di notevole da registrare il fatto che i due quadri morbosi una volta sviluppatisi nella loro interezza sintomatologica ripetono esattamente gli stessi caratteri per il numero di muscoli colpiti, per la loro estensione, per il modo di manifestarsi, per l'alternativa di fasi di massima intensità delle clonie e comparsa degli accessi epilettici con fasi di calma caratterizzati da qualche clonia. Nei nostri casi manca il carattere ereditario. In tutte e due, come il Seppilli, abbiamo notato disturbi del linguaggio per l'estensione delle clonie ai muscoli fonatori.

L'influenza che ha il fattore endocrino nella genesi di tante sindromi, sia come causa determinante, sia come substrato costituzionale predisponente ci fa richiamare l'attenzione su alcuni dati somatici che abbiamo riscontrato e che potrebbero far sospettare una disfunzione plurighiandolare. Ci riferiamo alla ipertrofia dei lobi laterali della tiroide riscontrata in Michele, ed alla ipoplasia dei testicoli con scarso sviluppo dei caratteri sessuali secondari in Calogero.

Nulla infatti sappiamo ancora sulla patogenesi dell'epilessia così detta essenziale e fra le tante teorie quella fondata su una disfunzione endocrina ha numerosi sostenitori. Ricordiamo che il Levi, il Lavastine, il Buscaino ne sostengono la natura distiroidea. Il Buscaino interpreta l'accesso epilettico come uno choc anafilattico dovuto a sostanze di disintegrazione proteica. Stevenson, Cotton ammettono un ipersurrenalismo. Il Wendel in epilettici ha trovato una degenerazione cistica dell'ipofisi, Masini e Vidoni ipoplasia del paraganglio surrenale, Claude e Schmiergeld alterazioni surrenali.

Le due osservazioni portano ancora un contributo clinico alla natura corticale della policlonia epilettica. Sono dimostrativi al riguardo i disturbi psichici riscontrati nei due fratelli e che in uno, in Calogero, hanno preceduto gli stessi accessi epilettici, il predominio emilaterale nello stesso infermo delle clonie, l'asimmetria dei riflessi tendinei con clono del piede a sinistra.

Infine il rapporto costante nell'intensità fra le clonie e gli accessi epilettici, il fatto che questi ultimi si determinano nei periodi di maggiore intensità delle manifestazioni cloniche per scomparire quasi del tutto nei periodi di attenuazione di esse, darebbero ragione a quegli autori che ritengono non esservi che una differenza quantitativa e non qualitativa fra lo stato clonogeno ed epilettogeno della corteccia.

RIASSUNTO.

L'A., dopo avere brevemente riassunto le forme di policlonie epilettiche e dopo avere ricordato le teorie patogenetiche ed i pochi reperti anatomo-patologici conosciuti, descrive due casi di sindrome di Unverricht insorta in due fratelli in seguito allo stesso trauma psichico, che agì da causa occasionale nelle medesime circostanze di tempo e di luogo. Nei due casi manca il carattere ereditario.

Di notevole da registrare il fatto che i due quadri morbosi, una volta sviluppatisi nella loro interezza sintomatologica ripetono esattamente gli stessi caratteri per il numero di muscoli colpiti, la loro estensione, per il modo di manifestarsi, per l'alternativa di fasi di massima intensità delle clonie e comparsa degli accessi epilettici con fasi di calma caratterizzati da qualche clonia.

L'A. richiama l'attenzione su alcuni dati somatici (ipertrofia della tiroide in un caso, ipoplasia testicolare con scarso sviluppo dei carateri sessuali nell'altro), che potrebbero far sospettare una disfunzione ghiandolare.

Le due osservazioni portano un contributo alla natura corticale delle clonie.

BIBLIOGRAFIA.

SEPPILLI *Un caso di mioclonia familiare associato all'epilessia.* Rivista sperimentale di Freniatria, 1895.

LUGARO. *Sulla mioclonia.* Rivista di patologia nervosa e mentale, 1896.
D'ALLOCCO. *Parecchi casi di mioclonia la maggior parte familiari.* Riforma medica, 1897.
SCHUPFER. *Sulle mioclonie.* Policlinico, Sezione medica, 1901.
EUZIERE et MAILLET. *Myoclonies épileptiques.* Gazette des Hôpitaux, 1910.
IENDRASSIK. *Lewandoski. Handbuch der Neurologie.* Band II, Berlin, 1911.
SALKIND. *Alcune considerazioni sulle policlonie epilettiche.* Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia, 1918.
NICCOLAI. *La sindrome di Unverricht.* Rivista critica di Clinica Medica, 1921.
PENDE. *Endocrinologia.* Vallardi, 1921.
FRAGNITO. *Tumore rolandico e mioclonia.* Comunicazione fatta alla R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, 27 febbraio 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretta dal prof. F. RADAELI.

Un raro accidente da arsenobenzolo. Cinque casi seguiti ad uso di fiale della stessa serie.

Dott. GIUSEPPE BERTACCINI, assistente ordinario.

Alla XIX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, tenutasi in Roma nel dicembre 1922, il Tommasi raccontò, a proposito di accidenti da arsenobenzoli, di un singolare accidente osservato, un edema circoscritto e simmetrico agli arti, chiedendo se ad altri fossero capitati casi simili. Il professor Radaeli ricordò allora un caso simile, occorso pochi giorni prima nella nostra Clinica.

Il ripetersi dello stesso incidente altre quattro volte in poco più di un mese, sempre in seguito ad uso di fiale della stessa serie, mi ha spinto a pubblicare le osservazioni che riassumerò brevemente.

CASO I. — B. F., di anni 32, luetica da tre anni, senza manifestazioni, da un anno in cura ambulatoria presso la Clinica; ha subìto nell'inverno e nella primavera del 1922 venti iniezioni di bicloruro di Hg e cinque endovenose di Novarsenobenzolo Billon (15-30-45-60 × ×2) senza disturbi apprezzabili. Il 5, il 12, il 19 nov. 1922 si iniettano rispettivamente 15, 30, 45 centigr. di Neojacol, senza disturbi apprezzabili. Il 26 nov. centigr. 60 (Neojacol, controllo 267). Venti minuti dopo l'iniezione la malata lascia la Clinica sentendosi completamente bene; ma ritorna dopo un quarto d'ora, spaventata per un senso di grande pesantezza agli arti inferiori e una tumefazione molto visibile e un poco dolorosa alle mani e agli avambracci. Nessun'altra sensazione molesta. La malata viene trattenuta e fatta coricare: presenta un edema abbastanza duro e accompagnato da leggera cianosi alle mani e agli avambracci, sfumante insensibilmente verso l'alto, a metà circa dell'avambraccio, verso i tessuti normali. A sinistra non è possibile la percezione del polso radiale, percettibile invece a destra; polso di frequenza poco superiore alla norma (86-90), regolare, ritmico, valido. Un edema perfettamente simile si osserva alla parte distale degli arti inferiori e specialmente ai malleoli, al dorso dei piedi, alla parte più bassa delle gambe. Nessun altro fenomeno: temperatura normale; non rossore al viso nè ai bulbi oculari, non pesantezza al capo nè conati di vomito.

Viene praticata una iniezione endomuscolare di adrenalina (1 mmgr.). Dopo due ore, essendo sensibilmente diminuito l'edema e non essendo sopravvenuto nessun altro disturbo la malata vuole andarsene. Torna il giorno dopo riferendo che la scomparsa completa della tumefazione è avvenuta dopo alcune ore, e che nel pomeriggio ha avuto conati di vomito e cefalea; non febbre. Nulla nelle urine. Si sospende la cura.

Non ho più rivisto la malata.

CASO II. — V. M., di anni 24, luetico da un anno, senza manifestazioni; in cura ambulatoria presso la Clinica ha avuto venti iniezioni di bicloruro di Hg e tre iniezioni di Neojacol (15, 30, 45, rispettivamente il 10, 17, 24 dicembre, senza disturbi apprezzabili. Il 31 dicembre cgr. 60 (Neojacol controllo 267). Dopo venti minuti dall'iniezione prurito e formicolio alle mani e ai piedi, e poi leggero edema, simmetrico, circoscritto, accompagnato a leggera cianosi. Non altri fenomeni. Tutto è scomparso dopo circa due ore. Dopo una settimana si ripete la dose di 60 con fiala di altra serie: nessun disturbo.

CASO III. — P. R., di anni 24, luetico da tre anni, senza manifestazioni. In cura ambulatoria presso la Clinica ha subito 20 iniezioni di bicloruro e le stesse dosi del caso precedente negli stessi giorni. Il 31 dicembre cgr. 60 (Neojacol, controllo 267). Stessi fenomeni del caso precedente. Stessa dose di altra serie una settimana dopo senza disturbi.

CASO IV. — C. B., di anni 24, luetico da due anni, senza manifestazioni; curato precedentemente da quasi un anno con mercuriali e jodici; ha subìto cinque iniezioni di Neojacol (15, 30, 45, 60, 75). L'ultima dose ha dato febbre e vomito, per cui si torna alla dose di cgr. 60 (Neojacol, controllo 267) l'11 febbraio 1923: dopo 20 minuti formicolio e poi leggero gonfiore alle mani e ai piedi, e contemporaneamente senso di calore al viso, dileguatosi poi rapidamente. Dopo un'ora scomparsa completa dell'edema. La stessa dose della stessa serie non aveva dato alcun disturbo 15 giorni prima.

CASO V. — F. M., di anni 20, luetica in periodo primario con sifiloma al labbro inferiore e gangli ingorgati sottomascellari. Ha subìto quattro iniezioni (15, 30, 45 × 2) senza disturbi, tranne una leggera cefalea dopo la prima dose di 45, ragione per cui si è ripetuta la dose. L'11 febbraio cgr. 60 (Neojacol, controllo 267). L'iniezione provoca fenomeni identici per sintomatologia e per gravità a quelli descritti nel primo caso. Si sospende la cura arsenobenzolica iniziando iniezioni di bicloruro.

Devo aggiungere per verità che altri 17 individui trattati negli stessi ed in altri giorni

con fiale della serie incriminata non hanno avuto disturbi.

Nessun appunto può farsi alla tecnica delle iniezioni, nè all'acqua, alla cui distillazione e sterilizzazione si procede in Clinica, con la più scrupolosa esattezza.

La sindrome osservata è senza dubbio assai rara: gli autori che di recente si sono occupati più ampiamente degli accidenti da arsenobenzoli, dandone classificazioni e descrizioni dettagliate, non fanno parola di fenomeni simili a quelli su descritti.

Edemi alla faccia, alle labbra, alla lingua, al laringe, sono noti come parte del quadro delle più gravi crisi nitritoidi. Noti sono pure gli edemi diffusi che accompagnano le gravi eritrodermie da arsenicali.

Nei nostri casi si tratta di un fenomeno apparso rapidamente, circoscritto, simmetrico, e fortunatamente temporaneo e non accompagnato da altri disturbi notevoli.

Scorrendo la abbondantissima letteratura sull'argomento ho trovato descritti soltanto dal Bargues, sotto il titolo di «Crisi nitritoidi localizzate» fenomeni simili a questi. Egli parla infatti di un edema al dorso di una mano il giorno successivo all'iniezione (che era stata fatta nell'altro braccio) accompagnato da dolori abbastanza forti a tutto l'arto e specialmente alle articolazioni del polso e delle dita. Il fenomeno durò mezza giornata. E si ripetè, più grave, a tutte due le mani, dopo una iniezione successiva, durando otto giorni. L'A. ricorda altri 3 casi simili: non dice a quale distanza l'uno dall'altro nè se le fiale usate appartenevano alla stessa serie.

Mi pare che anche alla sindrome da noi osservata, dovuta indubbiamente a fatti di vasoparalisi, si possa dare il valore di «crisi nitritoide localizzata». Non voglio addentrarmi nello studio delle cause e del meccanismo della crisi nitritoide, studio che sorpassa i limiti e i fini di questa breve nota.

Mi pare degno di rilievo il fatto che tutti gli accidenti osservati sono seguiti all'uso di fiale della stessa serie, mentre tutti i colpiti avevano tollerato benissimo le precedenti iniezioni (tutte meno una con fiale di altre serie). Dobbiamo parlare di serie tossica? Non si può dimenticare che altri 17 malati hanno sopportato senza disturbi le fiale della serie incriminata; e ancora di più che uno dei colpiti aveva sopportato magnificamente una fiala uguale 15 giorni prima. Bisogna perciò ammettere almeno anche la concomitanza di una particolare sensibilità individuale, variabile forse per uno stesso individuo per circostanze che ci sfuggono.

Tuttavia il ripetersi in così breve tempo di un raro accidente sempre in seguito a medicamento della stessa serie, deve mettere in sospetto sulla composizione di quest'ultimo, che in individui particolarmente sensibili potrebbe provocare disturbi assai più gravi.

Ho creduto perciò utile di render noti questi fatti, sui quali molto opportunamente il Direttore della Clinica, prof. Radaeli, ha già richiamato l'attenzione della Casa produttrice.

Genova, febbraio 1923.

PRINCIPALI LAVORI CONSULTATI.

1. BARGUES. *Crises nitritoïdes localisées.* Bulletin de la Soc. Franç. de Derm., 1921, 244.
2. DE BELLA. *Quando e come si devono usare gli arsenobenzoli. Reazioni e accidenti,* pag. 186. Genova, Papini, 1920.
3. CHEINISSE. *Les accidents en série dus aux arsénobenzols.* La Presse Méd., 1921, 39, 386.
4. EMERY. *Le traitement actuel de la Syphilis.* Paris, Baillère, 1921.
5. JUSTER. *Le facteur sympatique de la crise nitritoïde, crise vagotonique.* Bullet. de la Soc. Franç., 1922, 168.
6. LACAPÈRE. *Le traitement de la Syphilis par les composés arsénicaux.* Paris, Masson, 1918.
7. LAURENTIER. *Intoxications et morts par les arsénobenzènes. Leur cause.* Annales de Derm., 1921, 39.
8. LUCCHETTI. *Sopra la crisi nitritoide da Neosalvarsan.* XVIII Riunione di Dermatol., 1921.
9. MARIANI. *Note sopra una serie di incidenti verificatisi nel trattamento degli arsenobenzoli.* Policlinico, Sez. Prat., 1921, 1154.
10. MILIAN et MOUQUIN. *Erythème arsénical oedémateux.* Bullet. de la Soc. Franç., 1921, 234.
11. NARDELLI. *Di alcune serie tossiche di Neosalvarsan.* Giorn. Ital., 1922, 839.
12. POMARET. *Recherches physiologiques sur le choc et l'hypotension artérielle par les arsénobenzènes.* Bullet. de la Soc. Franç., 1921, 415.
13. RAVAUT. *Les accidents produits par les arsénobenzènes. Essai de classification et de prophilaxie.* Annales de Derm., 1921, 494.

RIVISTE SINTETICHE.

Il cancro.

Dott. GENNARO ROMANO.

Prima di esporre le varie teorie sulla genesi dei blastomi, di cui le più seducenti sarebbero: *quella degli stimoli traumatici, la parassitaria* e *quella dei germi aberranti*, non ritengo superfluo, per logico completamento di esposizione, premettere sommariamente e genericamente quanto la patologia ha già da tempo acquisito circa le varie esplicazioni di dette entità morbose, passando dalle più semplici alle più complesse. La struttura schematica di tutte è costituita da un parenchima (cellulare), e da uno stroma (connettivo di sostegno e vasi nutritizi), che si forma a spese della regione invasa. Gli elementi del parenchima si moltiplicano specialmente per cariocinesi con prevalenza della *asimmetria*, hanno vitalità ed evoluzione imperfetta, e tendenza alla degenerazione.

Il tutto costituisce un *quid vivum* parassitario, come lo chiama il Roncali, che impegna coll'organismo ospite la sua lotta; tendente a vincerne i poteri di difesa colla sua invadenza e i suoi poteri distruttivi.

***

Nei trattati di patologia si fa distinzione tra epitelioma e carcinoma, e la differenza consisterebbe nella maggiore specificazione degli elementi del primo; nella minore rapidità di accrescimento e d'invadenza, e nella sede: mentre l'epitelioma si localizza specialmente agli epiteli di rivestimento, il carcinoma sarebbe invece un tumore ghiandolare. La forma più semplice del primo è data dall'epitelioma malpighiano, detto anche cancro piatto o cancroide, il quale si estende in genere poco in profondità, ha decorso lentissimo, e il suo parenchima è costituito di elementi non molto deviati dal tipo dell'epitelio normale (pavimentoso).

Del carcinoma si possono distinguere quattro diversi tipi fondamentali macroscopicamente ed istologicamente: l'adeno-carcinoma, il cancro villoso o papillare, lo scirro o cancro fibroso, e l'encefaloide o cancro colloidale o gelatinoso.

Il primo originasi dagli epiteli cilindrici delle ghiandole, ci presenta delle grossolane imitazioni di esse: è costituito da uno stroma alveolare e da cilindri solidi e tubuli, i quali però sono più lunghi, più ampi e più profondi di quelli delle ghiandole normali, con tendenza a proliferare verso la superficie e nella profondità dei tessuti su cui si insedia. L'epitelio che li riveste è a più strati; ma a volte anche a strato unico; gli elementi sono disuguali e non disposti colla regolarità degli epiteli ghiandolari normali, con nuclei a livelli differenti. Detti elementi possono secernere un liquido sieroso che ne dilata le cavità a guisa di cisti (carcinoma microcysticum Hauser). Il cancro villoso o papillare (es. vescica) si origina dall'epitelio di rivestimento della mucosa, ed è a cellule cilindriche. Nella forma fibrosa o scirro c'è prevalenza dello stroma connettivale sugli elementi cancerosi, che sono scarsi, disposti in tubuli, con formazione di zaffi spessi (scirro a grossi alveoli) o sottili (a piccoli alveoli), costituiti da elementi polimorfi, tendenti ad infiltrarsi negli strati dei tessuti adiacenti. Non di rado gli elementi di detti zaffi subiscono degenerazione grassa, e scompaiono; mentre i fascetti connettivali dello stroma proliferano intensamente con successiva retrazione, a guisa di qualunque connettivo cicatriziale. La forma colloide o gelatinosa è una varietà nella forma cilindro- o globo-cellulare, con presenza di cellule caliciformi, e abbondante secrezione di sostanza mucosa da parte di esse. Detta sostanza però più spesso è dovuta a un processo degenerativo delle cellule, il cui protoplasma si rigonfia, diviene mucoso o gelatinoso, le cellule si sciolgono e le masse che ne risultano confluiscono. Ciò avviene spesso in tutte le cellule di un intero alveolo, talora permangono alcune cellule o residui cellulari granulosi e grassi nell'interno di detti alveoli. Le masse colloidi sono spesso concentricamente stratificate. Anche i setti possono divenire gelatinosi, e mostrare dei prolungamenti mucosi, decorrenti entro al contenuto degli alveoli. Altre volte essi si sciolgono completamente, dando luogo a fusione di alveoli, che costituiscono cavità assai grosse, visibili macroscopicamente.

Riterrei monca questa prima parte senza ricordare *la malattia del Paget*. Questa non è altro, come si sa, che un epitelioma formantesi sull'epitelio del capezzolo e dell'areola mammaria, e può approfondirsi nel tessuto mammario o rimanere superficiale. Essa clinicamente si rivela come una ulcerazione superficiale, splendente e di colore rosso vivo, con tendenza a estendersi in superficie. Da molti per detta forma è ritenuta come un eczema primario, dal quale si svilupperebbe a poco a poco un cancro cutaneo superficiale,

il quale per molto tempo si conserverebbe relativamente benigno (Karg). Negli elementi si rinvengono altresì i corpuscoli fucsinofili del Russel, i quali però non sarebbero esclusivi del cancro (Pianese).

Il Rossi a proposito di detti corpuscoli osserva che i prodotti jalini reagiscono perfettamente come i corpuscoli fucsinofili, e così i corpi amilacei, la sostanza caseosa e quella colloide, in modo che per mancanza di metodi differenziali non è ancora possibile definire con certezza in quale categoria si debbano collocare i corpuscoli di Russel. A proposito del cancro della mammella voglio anche rammentare *la forma lenticolare di Schuk*, o infiltrazione tuberosa, e *lo scirro pustoloso o disseminato di Velpeau*, che comincia come un piccolo indurimento della ghiandola mammaria, diffondendosi sotto forma di piccoli noduli con grande celerità a tutta la pelle della parete anteriore del petto con frequente simmetria all'altra mammella. In ultimo si ha un indurimento di tutta la pelle invasa come una corazza, onde il *nome anche di cancro a corazza di Velpeau.*

***

È risaputo per es. che l'epitelioma cutaneo può sorgere sulla pelle sana; ma più di frequente sulla pelle già affetta da lesioni traumatiche anche lievi, da infiammazioni (eresipela recidivante, eczemi, ecc.), da anomalie genite o acquisite (xeroderma pigmentoso, verruche, seborrea senile, ulceri varicose o trofoneurotiche, cisti dermoidi, ecc.), o quando sia sottoposta a continui stimoli irritanti: da fuligine (cancro degli spazzacamini), da paraffina, da catrame minerale, e da altri stimoli (es. fumo).

Da ciò sorse ad alcuni osservatori (Mariscalco, Fischer) l'idea che la azione traumatizzante fosse il movente etiologico alla produzione non solo del cancro cutaneo; ma anche di quello di altre sedi (*teoria traumatica*). E nelle loro esperienze videro come una conferma di detta teoria. Il Mariscalco ottenne, traumatizzando una ferita dello stomaco in regolare guarigione, un processo proliferativo dai caratteri apparentemente simili al carcinoma. Il Fischer, iniettando sotto la cute dell'orecchio del coniglio o della cavia il Sudan III, il rosso scarlatto, sciolti in olio di anilina, ottenne l'insorgenza d'una proliferazione epiteliale atipica, molto simile all'epitelioma. Gli esperimenti su tale direttiva furono ripetuti da vari sperimentatori, i quali ottennero su per giù le stesse proliferazioni sulle mucose e sulla pelle. Senonchè, come giustamente fa osservare il Pianese, al controllo istologico rigoroso di siffatte neoproduzioni artificiali, non si sono riscontrati giammai dei *veri blastomi;* ma soltanto iperplasie epiteliali di cellule adulte, con lievi e iniziali tendenze anaplastiche.

Inoltre un fatto anche importantissimo che diversifica completamente queste neoproduzioni sperimentali dalle forme epiteliomatose e carcinomatose è dato dal rapido regredire di esse, al cessare dello stimolo traumatizzante o chimico. Vedremo in seguito quanta parte debba attribuirsi agli stimoli meccanici e chimici nella genesi del cancro; fin da ora si può dire che è da ritenersi allo stato attuale della scienza, che la teoria traumatica, come principale o esclusivo movente etiologico del cancro, cade di fronte alla riprova sperimentale.

Per quanto riguarda *la teoria parassitaria*, questa è tuttora in istudio, però ha assunto un carattere ben differente da quello con cui sorse, e che cedette di fronte alle varie riprove sperimentali e cliniche. I molteplici microzoi e microfiti che si credettero agenti specifici dell'infezione blastomatosa (saccaromices neoformans; saccaromices niger; coccidium; sarcosporidium ecc.) non hanno valore maggiore per tale infezione dei piogeni, saprofiti ecc. che si riscontrano sui cancri ulcerati, ove trovano ottimo terreno di cultura sulle masse di tessuto degenerato. Bisogna altresì notare che alcuni reperti microscopici per la ricerca del *microbo del cancro* han dato modo ad alcuni, entusiasti della ricerca stessa, di interpretare come protozoi elementi cellulari dell'organo invaso dal tumore. Così per es. il Von Hanseman nel 1903, in processi neoplastici riscontrati in due vesciche urinarie, interpretò come protozoi le cellule carcinomatose propriamente dette ed avendo dato i preparati all'esame dello Schaudinn, per la classifica zoologica, si ebbe la risposta che trattavasi di cellule vescicali degenerate. Vero è però che nei lavori del Roncali, del Maffucci e Sirleo, del Sanfelice circa l'origine blastomicetica delle neoformazioni maligne è stato notato che nel protoplasma delle cellule carcinomatose, e in mezzo all'intravatura connettivale dello stroma esistono costantemente dei corpi sferici, della grandezza approssimativa dei corpuscoli rossi, alcuni splendenti ed altri no, muniti la maggior parte di capsula rifrangente, ed a strati concentrici come il disco di un bersaglio. A questi almeno non si può dare l'interpretazione di eventuali e banali parassiti; giacchè la loro costanza in dette forme conferisce piuttosto valore all'ipotesi parassitaria. Il Pianese fin dal 1900 si occupò di rintracciare per via indiretta, mediante uno studio comparativo dei blastomi umani con malattie similari

delle piante e degli animali, la causa della insorgenza dei blastomi stessi. Richiamò su tale argomento l'attenzione degli studiosi. Successivamente il Pianese stesso ed altri si sono occupati ancora di tali ricerche. Il Bra isolò dal cancro dell'uomo un mixomicete, in cui gli parve riscontrare tutti i caratteri di un microfita analogo: la *Nectria ditissima*, riscontrata in alcune produzioni patologiche di molte piante che vanno sotto il nome di *cancro delle piante*. Però gli studiosi di oncologia han potuto dimostrare che il cancro delle piante ha istologicamente e biologicamente molta diversità da quello degli animali in genere, e dell'uomo in ispecie. Così pure la *malattia tuberósa* del cavolo, attribuita alla *Plasmodiophora brassicae* dal Woronin, è nella sua istologia e nella sua biologia ben diversa dal cancro degli animali.

Vero è però che detto *missomicete*, che si rinviene nelle cellule del cavolo affetto dalla *malattia tuberosa*, nelle sue linee, rassomiglia, come dalle osservazioni di Bekla e Podvissotzky a inclusioni, che si rinvengono nei tessuti cancerigni. Mediante però inoculazioni in animali della *Plasmodiophora brassicae*, non si è mai riuscito a riprodurre negli animali lesioni rassomiglianti anche lontanamente ai blastomi dell'uomo (Pianese).

Per quanto riguarda gli animali poi è da premettere innanzi tutto che non tutti sono egualmente ricettivi per i tumori maligni (cancro-sarcoma).

Come frequenza è stata dimostrata la maggiore ricettività nei rettili e anfibi, nei pesci (specialmente i salmoidi) e negli uccelli (pollo), nei carnivori e nei roditori, ed una certa rarità negli erbivori (equini, ovini, bovini).

Per quanto riguarda il cancro dei salmoidi, il Pianese dice potersi ritenere con sicurezza che detta formazione patologica, che si riscontra con più frequenza di sede nella tiroide di detti pesci, sia dal lato istologico che da quello biologico, è molto differente dal cancro degli animali e dell'uomo. Dippiù esso guarisce spontaneamente, e più rapidamente sotto l'azione dell'jodo.

La diversità biologica, istologica e chimica dei cancri e sarcomi descritti nei mammiferi, e specialmente nei topi e nei ratti dai blastomi maligni dell'uomo, è anche essa dimostrata dal fatto, che quelli dei mammiferi non producono cachessia, non metastasi, possono guarire spontaneamente, e, se estirpati, non recidivano. Un altro fatto importante è che possono negli animali raggiungere anche dimensioni notevolissime, senza gravi fatti generali. Nè è da invocarsi analogia del cancro dei mammiferi almeno col cancro a cellule basali della faccia di Krompecher, o il sarcoma del Kaposi, che non dànno cachessia nè metastasi, essendo stato dimostrato il primo una semplice iperplasia epiteliale senza *anaplasia*, e il secondo un granuloma. Il cancro e il sarcoma umano non sono contagiosi, mentre quelli degli animali sì.

Finalmente gli altri caratteri differenziali possono così riassumersi:

a) mancanza o quasi di *anaplasia* nelle cellule dei tumori cancerosi o sarcomatosi degli animali; mentre v'è in quelli umani;

b) scarse *cariocinesi* nelle cellule tumorali degli animali, e tipiche; abbondanti *cariocinesi* e in genere atipiche, in quelle dell'uomo;

c) prevalenza delle albumine sulle globuline negli elementi dei tumori animali, mentre in quelle dell'uomo si verifica il contrario;

d) resistenza alla digestione peptica e triptica delle cellule dei tumori umani; facile digeribilità da detti fermenti di quelle dei tumori degli animali (Pianese);

e) per i blastomi umani riescono soltanto i trapianti *autoplastici* (sullo stesso organismo), in quelli dei mammiferi invece riescono sia gli *autoplastici*, che gli *omoplastici* (da un organismo all'altro della stessa specie) ed eziandio gli *eteroplastici*.

Perchè il trapianto però riesca è necessario che le cellule sieno integre e viventi.

Allo stato attuale quindi dell'esperienza, la riprova sperimentale della teoria parassitaria dei blastomi, sugli animali e sulle piante, incontra molti ostacoli, date le grandi e notevoli difficoltà che, per i motivi su esposti si incontrano; e tutto quindi, o almeno in gran parte, ricade nel campo ipotetico.

La ben nota teoria dei germi aberranti, alla quale si ritorna sempre, dopo l'enunciato del Cohnheim: «*che nel cancro sono elementi cellulari dell'organismo stesso, residui embrionali proliferanti, differenti dalle cellule che costituiscono il tessuto adulto*», lascia anch'essa nelle varie riprove sperimentali molti punti oscuri. Difatti nei tentativi, che molti sperimentatori han fatto e fanno di riproduzione dei blastomi coll'iniezione di poltiglie o innesti di frustoli di embrioni, sotto la cute o in organi di animali, si è riusciti ad ottenere delle neoformazioni miste o complesse, e persino dei teratomi.

Ma il contrasto più stridente che tale riprova sperimentale ha colla teoria dei germi aberranti è nel fatto che con iniezioni o innesti di embrioni *più giovani* si hanno neoformazioni più *semplici*, mentre con elementi embrionali adulti si ha più complessa struttura del tumore sperimentale. Infine tali produzioni sperimentali dopo un certo tempo regrediscono

e scompaiono spontaneamente. Da tali risultati parrebbe illazione spontanea, che i germi embrionali innestati non sarebbero capaci di produrre che tumori apparenti, ossia non *dei veri blastomi*, ma semplicemente una *iperplasia locale*.

Sicchè la teoria dello stimolo, sia quella parassitaria, sia quella del germe aberrante, non resistono completamente alle varie prove ed esperienze. Però tale constatazione, allo stato attuale della scienza, piuttosto che disorientare lo studioso, offre invece dei punti di contatto che potrebbero completare a vicenda le note tre teorie, liberando ciascuna da quell'esclusivismo con cui sorsero, e attribuendo ai tre fatti: stimolo, parassita, cellula, quella parte che nella formazione del tumore può attribuirsi. Nè deve dimenticarsi che la natura non ha del tutto ceduto alla scienza tale importante segreto. È sempre per tentativi, per pazienti esperimenti che si giungerà a tale importante conquista, abbandonando però il troppo rigido esclusivismo.

Tra gli studiosi di oncologia il Roncali in varie ed importanti opere ha molto contribuito a prospettare sotto una nuova luce il problema dei neoplasmi maligni, dando una dimostrazione illuminata, che questi debbano essere interpretati come processi infettivi a decorso cronicissimo.

Gli stimoli esterni (lievi lesioni, traumi lievi, azioni irritanti di certe sostanze, infiammazioni croniche, ecc.) ossia quelli invocati dai sostenitori della teoria dello *stimolo esterno* hanno importanza nel fatto che predispongono gli epiteli, e gli elementi connettivo-vascolari a sottostare all'influenza *dell'antigene specifico del carcinoma*. Per tale influenza detti elementi subirebbero modificazioni anaplastiche nel loro biochinismo, *trasformandosi in cellule epiteliali e connettivo-vascolari carcinomatose*. Detta trasformazione costituisce la «*selezione patologica*» (Ménetrier-Verneuil-Roncali).

Un epitelio che è andato incontro alla *selezione patologica*, dice il Roncali, offre tutte le garenzie che ai suoi *ricettatori* possano legarsi i gruppi aptofori della tossina del fattore etiologico dei carcinomi, che modificandolo anaplasticamente, gli consentono di proseguire nell'invasione e distruzione dei tessuti non come *epitelio iperplastico;* ma come *epitelio neoplastico da infezione blastomatosa*. Agli elementi che formano l'intima struttura d'un focolaio neoplastico locale, non si deve dare altro significato, che quello d'un aggregato di parassiti, di cui il focolaio stesso rappresenta la colonia, e l'organismo ospite il terreno culturale.

In altri termini il processo blastomatoso sarebbe nè più e nè meno che un'infezione dovuta ad un «*quid vivum*» parassitario, che prima localizzato nella sede d'insorgenza del tumore, tende a invadere il sangue e i visceri, nè più e nè meno come una tubercolosi localizzata, il carbonchio cutaneo, ecc. Così pure, come per le altre infezioni, l'invasione generale significa che l'ospite non solo non è riuscito, coi suoi poteri defenzionali ad annientare in un primo tempo l'infezione; ma ne è stato sopraffatto.

Anche nei processi blastomatosi adunque si tratta di *lotta per l'esistenza* che s'impegna tra *l'organismo blastomatoso* e l'organismo ospite, quello, come tutti i processi infettivi e parassitari, cerca con tutti i poteri d'offesa e colle sue tossine d'invadere e nuocere, questo con tutti i mezzi di difesa di sopraffare il *parassita* e liberarsene. Però mentre in certe infezioni l'ospite riesce quasi sempre vittorioso; contro quella blastomatosa primitiva, senza *l'exeresi chirurgica* vince solo in linea ultra-eccezionale; e la guarigione diventa ancor più problematica, se non impossibile, quando vi sieno le metastasi (Roncali).

Concordemente l'Ehrlich, il quale pure opinò che le cellule dei tumori agissero nell'organismo ospite come gli altri processi infettivi, adattò altresì allo studio della biologia dei tumori i criteri e i metodi adoperati nello studio delle malattie infettive.

Anche per i tumori quindi entra in campo l'immunità sia congenita che acquisita, sia assoluta che relativa. Quella congenita è assoluta. Quella acquisita è relativa, ossia legata al ceppo del tumore e alla resistenza dell'ospite. Inoltre anche per i tumori si ha l'immunità *attiva* (consecutiva a guarigione del tumore), *passiva* quando si ottiene mediante iniezione di siero di animale già guarito dall'infezione. Di tali immunità si è fatto lo studio esclusivamente sugli animali, a carattere sperimentale: e dura molto meno di quella batterica. E' stato dimostrato puranche che essa si può conferire (sempre però mediante materiale vivente integro) in senso non *strettamente specifico*, potendosi conferire con pezzi sarcomatosi contro il cancro o viceversa, o con tessuti normali non neoplastici poco differenziati o embrionari (midollo osseo, milza, ecc.) che siano però prelevati da animali della stessa specie, e siano omologhi (epitelio rivestimento, con cute ecc.). Il Brasfhord, il Murray avrebbero provato che l'immunità antiblastomatosa, a differenza dell'antibacterica non è data da anticorpi specifici, non essendo questi mai stati ritrovati nel sangue di animali immunizzati; ma tratterebbesi di immunità cosidetta istologica, ossia cellulare. La immunità conge-

nita, o comunque acquisita è spiegata da Ehrlich con una sua teoria, che però ha avuto pochi seguaci, detta dell'*atrepsia*. Dice Ehrlich, perchè un tumore trapiantato attecchisca occorre una sostanza nutritiva comune, e un'altra eccitatrice allo sviluppo. In mancanza di dette sostanze o di una di esse, il tumore non insorge o attecchisce, e se attecchisce regredisce. Altre teorie immunitarie ingegnose (Brasfhord, Haalaud, Murray) sono anch'esse poco soddisfacenti, altre volte, in caso di tumori multipli (Bertocchi, *Tumori multipli maligni diversi generis*. Policl., sez. chir., fasc. 7, 1922).

L'insorgenza di tumori multipli, anche di specie diversa, può essere interpretata come produzione di blastomi dal neoplasma padre, che si impiantano sulle differenti cellule selezionate, riproducendo forme anaplastiche differenti dell'archiblasta indifferenziato o del mesenchima (sarcoma).

IN CONCLUSIONE.

Benchè oggi l'etiologia e la genesi dei neoplasmi maligni abbia ancora molti punti oscuri, si va aprendo una nuova luce sulla loro insorgenza ed evoluzione, mercè studi clinici e sperimentali, e, direi quasi per via indiretta, mercè lo studio collaterale delle forme infettive a decorso cronico, e ad inizio circoscritto. E benchè ciascuna delle tre teorie più in mostra: — *stimolo esterno; parassitaria; germe aberrante* — non sia da sola sufficiente alla spiegazione, in ciascuna di esse però si trovano elementi teorici e sperimentali, per ulteriori scoperte al riguardo.

LETTERATURA.

Borrel. *Les théories parassitaires du cancer.* Ann. Instit. Pasteur, 1901.
Maffucci & Sicleo. Policlinico, 1895.
G. H. Roger. *Le cancer.* Presse Méd., déc. 1906.
Sanfelice. Policlinico, 1895.
Id. Ann. d'Igiene Sperim., 1895.
Id. Rif. Med., 1902-1904.
Pfeifer. *Die Protozoen.*
Menetrier. *Cancro.* Unione Tip. Editr. Tor., 1910.
Pianese. *Su d'una torula patogena*, 1900.
Id. *Sulla natura dei corpi cancerosi.* Giorn. Inter. Scienze Mediche, 1895.
Id. *Ricerche sperimentali e di patologia comparata sulla genesi dei blastomi e i tumori delle piante e degli animali.* Ann. Ital. di Chir., Anno I, fasc. 2-3, 1922.
Roncali. *Stato presente delle nostre cognizioni sopra l'etiologia del cancro.* Rel. All. XI congresso Soc. Ital. Chir., 1897.
Id. *L'azione dei blastomiceti patogeni nell'etiologia del carcinoma.* Ann. Patol. e Clin. Chirurg., Padova 1913.
Id. *Trattato dei neoplasmi maligni, ecc.* Unione Tip. Editr. Torin.

STORIA DELLA MEDICINA.

Edoardo Jenner
(Nel centenario della morte).



Il 26 gennaio di quest'anno sono compiuti 100 anni dalla morte di Edoardo Jenner.

Nato a Berkeley nella contea di Glocester (Inghilterra), egli iniziò gli studî medici allo Ospedale di S. Giorgio, sotto la direzione del celebre anatomico Hunter; esercitò dapprima la chirurgia e la farmacia a Berkeley, poi la medicina a Cheltenham ed in seguito a Londra.

La scoperta del vaccino.

Allo scopo di proteggere gli individui contro il vaiuolo, che allora mieteva in Inghilterra numerose vittime, praticava anch'egli la vaiuolazione, metodo introdotto da Lady Montagu. Egli aveva però osservato che la maggior parte degli individui refrattarî alla vaiuolazione si trovava fra quelli che stavano in contatto con gli animali e che erano stati affetti da *cow-pox*.

Sotto tal nome però il volgo comprendeva tutte le affezioni pustolose e vescicolose della regione mammaria della vacca, sicchè i primi tentativi di Jenner per l'inoculazione del *cow-pox* rimasero sterili. E, solo dopo lunghi studî e ricerche, egli riuscì nel 1788 a descrivere tutto il ciclo evolutivo del vero *cow-pox*. Arditamente poi inoculò il vaccino tolto dal ma-

iale al proprio figlio, rendendolo così immune contro le successive inoculazioni di vaiuolo fattegli nel 1791-92.

Nel maggio del 1796 egli ebbe ad osservare sulle mani di una ragazza, Sarah Nelmes, una grossa pustola venuta in seguito ad una scalfittura prodottasi nel mungere una vacca; ne inocula il contenuto in un fanciullo di otto anni, certo James Phipps, in cui si hanno i noti sintomi della vaccinazione. La vaiuolazione eseguita sullo stesso ragazzo nell'anno seguente rimase senza alcun effetto, ciò che diede ad Jenner la controprova dell'efficacia del suo metodo.

I risultati ottenuti vennero pubblicati in un opuscolo intitolato: *An inquiry into the causes and effects of the variola vaccinae.* Il primo ntusiasmo che accolse la scoperta di Jenner fu ben tosto seguito da una vivace reazione, specialmente da parte di coloro che praticavano la vaiuolazione — contradditori non disinteressati — i quali si basavano particolarmente sulle esperienze di Woodville, a cui Jenner potè rispondere vittoriosamente con nuove ricerche, le quali convinsero lo stesso Woodville, che fu poi in seguito il primo importatore del vaccino in Francia. Altre numerose esperienze egli intraprese poi allo scopo di ribattere molte obiezioni e diffidenze che dobbiamo riconoscere giustificate oggi che le nostre conoscenze di microbiologia ci danno la spiegazione di molti fenomeni ed il modo di prevenire molti pretesi danni. La scoperta varcò presto i confini dell'Inghilterra e si diffuse in Europa; la portò in Italia il Massa di Genova, e ne furono ferventi fautori il dottor Sacco, che pubblicò a Milano nel 1801 il suo «Trattato di vaccinazione» ed il Principe di Piombino, che per il primo introdusse l'obbligatorietà della vaccinazione.

Jenner fu appassionato studioso e fece numerose ricerche e pubblicazioni, specialmente di fisiologia, sulle funzioni degli animali ibernanti, sull'apparato uditivo dei pesci, ecc.; uomo di alta coltura fu appassionato amatore delle gioie artistiche e buon dilettante di musica e di poesia. L'Inghilterra gli tributò il proprio omaggio di riconoscenza, decretandogli la somma di 35,000 sterline, che Jenner spese in opere di beneficenza. Ebbe onori e fama e la soddisfazione di vedere riconosciuti i proprî meriti; il mattino del 26 gennaio 1823 venne fulminato da un attacco apoplettico mentre era intento al lavoro.

LE OPPOSIZIONI.

Centenario contrastato, aggiungono alcuni, ma i contrasti non sono che le ombre le quali servono a dare maggiore rilievo all'opera. Jenner, si viene dicendo, non ha scoperto nulla poichè la vaiuolazione era già in uso al suo tempo. Questo fatto, ben lungi dal diminuire i suoi meriti ce li fa apprezzare ancor maggiormente; la vaiuolazione (processo tutt'altro che innocuo, poichè a prescindere dal pericolo di trasmettere malattie infettive, provocava una mortalità del 3-10 % mentre quella della vaccinazione è nulla) si praticava da 65 anni in Inghilterra, eppure la mortalità per vaiuolo era piuttosto in aumento. Egli è che tale procedimento, che può essere di relativa utilità per l'individuo, è invece pernicioso per la collettività, perchè il vaiuolato diffonde attorno a sè il virus contro il quale si è immunizzato.

Si aggiunge poi dai contradditori che Jenner null'altro ha fatto che approfittare abilmente di un'osservazione volgare; merito non piccolo del resto, perchè egli, con pazienti ricerche durate molti anni, ha saputo isolare il fenomeno di reale importanza dalla massa informe di volgari osservazioni mescolate ai più ridicoli pregiudizî e trarne un metodo indiscutibilmente efficace di profilassi, come dall'informe blocco di marmo l'abile scultore sa trarre l'opera d'arte. La storia della scienza ci dimostra che una gran parte delle scoperte è partita da fatti già conosciuti da infinite generazioni; la lampada di Galilei e la mela di Newton informino; è appunto la consecutiva elaborazione per assurgere ad un concetto generale che costituisce la genialità del pensiero scientifico.

Centenario contrastato si va ripetendo perchè la vaccinazione non riscuote l'unanime consenso. Ma nessuno dei procedimenti profilattici o terapeutici può aspirare a tale mèta irraggiungibile. La sparuta falange degli antivaccinisti ha tuttora qualche vitalità ancora in Inghilterra, dove contava fra le persone più significative..... un generale dell'esercito; uguale competenza scientifica si può riconoscere a Bernard Shaw, il commediografo noto per i suoi paradossi, il quale vorrebbe che per solennizzare il centenario si bruciasse Jenner in effige! Feroce si mostra pure il dott. Hawden che tratta Jenner da ciarlatano con argomentazioni talvolta meschine. Negli altri paesi gli antivaccinisti sono ancor più scarsi ed isolati, così in Italia dove, dopo la morte del prof. Carlo Ruata (che della vaccinazione fu critico acerbo e pugnace quanto onesto e convinto), il movimento antivaccinista è del tutto cessato. Non è qui il luogo di insistere sulla utilità della vaccinazione, di accennare alle altre applicazioni che da essa

sono rampollate, nè di dimostrare che nessun vaccinista può pensare di opporre la sola vaccinazione all'infezione vaiolosa; ormai concetti acquisiti alla generalità dei medici. Ma era necessario accennare anche a questo lato della questione, poichè ne rifulge più pura la gloria di questo benefattore dell'umanità. Malgrado tutti i progressi dell'igiene, la vaccinazione resta sempre in prima fila, come il trionfo migliore della medicina profilattica; essa ha superato la prova più severa, quella del tempo ed ha trionfato del mal volere degli uni, come dell'ignoranza degli altri.

A. FILIPPINI.

DICHIARAZIONE.

Abbiamo verificato che il *Lavoro originale* pubblicato in questo periodico, fascicolo 17, corrente anno, pag. 521 e seguenti, sotto il titolo «*Anastomosi deferenziale*», del dottore VITO SALVO di Trapani, è una riproduzione letterale e quasi completa, come ciascuno può rilevare, del Lavoro originale pubblicato un quarto di secolo fa nella nostra *Sezione Chirurgica*, fascicolo 6°, vol. VII, C. (15 giugno 1900), sotto il titolo «*Ricerche sperimentali sulla anastomosi latero-laterale del dotto deferenziale*» dai dott. GASPARE D'URSO ed ENRICO TROCELLO, e della prima parte del Lavoro originale pubblicato nel successivo fascicolo 7, stesso anno, medesima Sezione, dai dott. GASPARE D'URSO ed ACHILLE DE FABI sotto il titolo «*Ricerche sperimentali sulla uretero-eteroplastica*».

È stata sorpresa la nostra buona fede.

Di quanto sopra si dà atto per la verità e per debito di giustizia verso il dott. E. TROCELLO, docente di Clinica delle malattie nervose nella R. Università di Roma, ed A. DE FABI, chirurgo primario negli Ospedali di Roma, con riserva di azione legale.

LA REDAZIONE.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La gotta.

Idee e lavori recenti.

(BETCHOV. *Revue méd. Suisse Romande*, 1922, n. 9).

Anche oggi, come nel 1865, due tendenze sono forti nella medicina contemporanea nei riguardi della gotta: l'una chimica in cerca della soluzione del problema anzitutto nello studio della materia « peccans », delle sue trasformazioni, delle sue proprietà colloidali, ecc.; l'altra, clinica, cercante nella osservazione del malato la conferma delle vedute e della terapia suggerita dalle acquisizioni fisico-chimiche recenti.

Alla prima appartengono Chauffard, Brodin, Grigaut, ecc.; alla seconda Guelpa, Heilner, ecc. È evidente che l'acido urico è sempre meno considerato la causa del male che non lo venga una particolare affinità dei tessuti od una particolare deficienza degli apparati organici di regolazione. Fatti nuovi sembrano acquisiti nella fisiologia delle purine: Chauffard ed altri hanno stabilito nell'uomo normale un tasso fisiologico del 0.05 per mille di acido urico, un tasso minore nelle infezioni acute, in alcuni reumatismi, negli itteri. L'acido urico è una delle prime sostanze a risentire la ritenzione renale e costituisce l'indicatore più precoce della sua insufficienza funzionale. Al fegato, la cui attività è coordinata a quella del rene, spetta una funzione uricolitica. Nella gotta e nella litiasi esiste una iperuricemia, e precipita in depositi articolari o viscerali con il favore di cause locali.

L'uricemia è nella gotta accompagnata sovente dalla colesterinemia. Potrebbe quindi compararsi la regolazione urica alla regolazione glicemica: il fegato sembra capace, come per lo zucchero, anche per l'acido urico, di esercitare «l'immagazzinamento» e la secrezione. Le ricerche di Ullmann vengono in appoggio di tale teoria: come il glicosio anche i corpi purinici possono essere mobilizzati con una eccitazione degli splacnici: così anche l'adrenalina, agendo sul fegato provoca la messa in libertà delle purine.

Ma non si può concepire alcuna gotta senza tener conto di ipotesi fisico-chimiche.

Heilner considera che tutti i tessuti dell'organismo siano chiamati a vivere in contatto permanente con i differenti prodotti di rifiuto o di semplice disintegrazione del metabolismo normale. Per difendersi dall'azione tossica di questi prodotti, essi elaborano, nelle

condizioni fisiologiche, delle sostanze di difesa che li proteggono. Heilner chiama questa proprietà fondamentale dei tessuti: difesa locale del tessuto. Il disturbo di questa funzione può interessare l'uno o l'altro o più prodotti del metabolismo. Così la gotta appare come una incapacità dei tessuti a difendersi contro questo prodotto normale e necessario del metabolismo intermedio: l'acido urico. La localizzazione della malattia alla cartilagine articolare è dovuta al fatto dell'elettività di questo tessuto per l'acido urico: in assenza di sostanze protettrici il tessuto cartilagineo è il primo ad impregnarsi di rifiuti purinici. Heilner applica ciò in terapia iniettando estratti di cartilagine, dichiarando di ottenere risultati ottimi nella gotta e in certi casi di reumatismo deformante. I controlli dei vari AA. sono discordi.

Le Gendre considera sempre la gotta come uno stato patologico generale della costituzione: come il diabete e l'obesità sono indici di disturbato metabolismo idrocarbonato o dei grassi, così la gotta indica un vizio di assimilazione delle materie azotate: riguardo alla terapia Le Gendre si attiene sensibilmente alle prescrizioni classiche.

Siamo dunque lontani dal poter legittimare le nostre prescrizioni con ragioni fisiologiche solide: l'empirismo, forse la fantasia, continuano a reggere la dietetica degli uricemici. E la confusione che regna ancora in tale dominio viene accresciuta dal Guelpa: questi sconvolge tutte le nozioni classiche affermando che l'alcalinità eccessiva del sangue è la causa fisica del deposito della materia peccante, e del disturbo generale dell'economia costituito dalla gotta cronica: a questa ci si arriva col troppo trattamento della gotta. L'accesso di gotta acuta sopravviene in quest'evoluzione come una crisi di acidificazione umorale; il periodo morboso è rappresentato dagli intervalli fra gli accessi che occorre provocare. Le prescrizioni del Guelpa si informano a ciò, con giorni di digiuno, con giorni di regime misto e di regime carneo per produrre altrettante crisi acute «purificatrici».

Le nozioni del Guelpa sono d'altra parte confermate dal Fink secondo il quale l'accesso è una mobilizzazione degli urati, non una precipitazione, e dal Sydenham e Trousseau i quali ben misero in evidenza il benessere che segue ad un accesso di gotta. Al contrario Fink, Chauffard e i suoi collaboratori trovarono, all'opposto delle ricerche del Guelpa, costante l'uricemia nei gottosi acuti e cronici. Non tarderà molto a che il Guelpa dovrà ricredersi. MONT.

CHIRURGIA.

Sul cosidetto circolo vizioso dopo le gastro-enterostomie.

Si parla di circolo vizioso quando dopo una gastro-enterostomia si manifesta un vomito incoercibile per un difettoso funzionamento della bocca anastomotica: incidente che se durevole, può condurre a morte. Oggi però non può esser ascritta al circolo vizioso una patogenesi soltanto meccanica, ma deve intendersi con questo nome un complesso sintomatico ascrivibile a più fattori (K. Blond. *Med. Klinik*, n. 47, 20 novembre 1921).

Certamente debbono andare considerati vari momenti ed i singoli elementi della gastro enterostomia per poter esaminare completamente il fenomeno del circolo vizioso e dare così una spiegazione patogenetica esatta, ma ciò per i dati manchevoli dei casi pubblicati non è stato ancora possibile. Considerando il *meccanismo* per il quale si stabilisce il circolo vizioso, si deve prendere in considerazione:

1) l'esistenza di una dilatazione notevole dell'ansa afferente. Non è spesso detto dagli AA. se la dilatazione sia più considerevole in vicinanza del piloro o dell'anastomosi. Se il contenuto gastrico circolasse secondo i principî teorici del circolo vizioso, esso dovrebbe provocare una dilatazione enorme, quale in realtà non si verifica mai. Se il piloro o il duodeno sono stenotici, il contenuto gastrico refluo spinto attraverso la nuova apertura nell'intestino dovrebbe ristagnare, ma la dilatazione dovrebbe verificarsi più evidente in corrispondenza del punto stenotico e cioè il bulbo; invece l'ansa afferente mostra talora la maggiore dilatazione all'estremo aborale presso la bocca anastomotica. Per questo fenomeno non vi è che una sola spiegazione, e cioè ammettere una stenosi dell'ansa afferente in corrispondenza della bocca anastomotica;

2) l'ansa efferente è completamente vuota nel circolo vizioso tipico: i due tratti di intestino rimangono privi di comunicazione sia tra loro che collo stomaco. In realtà si viene a stabilire un'incarcerazione vera e propria, quantunque non siano dimostrabili dei veri strozzamenti; d'altra parte se si stabilisse nella maniera comune un'incarcerazione, allora non si verificherebbe il quadro del circolo vizioso perchè questo, a differenza di quella, non termina in genere colla cangrena, ma quasi sempre regredisce. La spiegazione che si può dare del fenomeno è unica: si tratta di un fenomeno spastico.

Infatti prendendo a considerare quale possano essere le conseguenze della localizzazione di una gastro enterostomia praticata a livello della zona in cui si manifesta lo spasmo di uno stomaco a clessidra funzionale, si comprende facilmente che nello spasmo, la bocca anastomotica si viene a chiudere e le due anse intestinali tratte in alto si addossano e si schiacciano l'una contro l'altra, disponendosi a canne di fucile; il mesentere sporge tra loro come uno sprone: in breve si ha il quadro dell'incarcerazione e si stabilisce la sindrome del circolo vizioso. Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che il quadro del circolo vizioso non si verifica mai dopo l'applicazione di un bottone di Murphy, perchè lo spasmo non può vincere il peso di un bottone metallico.

Il pericolo forse qualche volta potrebbe essere evitato tenendo presente la localizzazione di una clessidra funzionale osservata già durante un esame radioscopico, ma più spesso è forse da incolpare una esagerata reazione dello stomaco a quegli stimoli che possono avere il punto di partenza a livello della bocca anastomotica. Disgraziatamente non si può durante l'intervento giudicare del tono dello stomaco, poichè questo non reagisce generalmente, ad addome aperto, ad alcuno stimolo.

L'A. ha tuttavia ritenuto opportuno a questo riguardo di istituire ricerche elettrodiagnostiche. Stimolando lo stomaco con forti correnti, ponendo un elettrode sullo stomaco e l'altro sull'intestino, egli vide, in una metà dei casi lo stomaco non accennarsi ad alcun movimento, talora si manifestò una contrattura transitoria, ma solo una volta così intensa, come sarebbe stato necessario per lo stabilirsi di uno stomaco a clessidra e quindi di un circolo vizioso. Anzi con questo sistema fu possibile prevedere, in un caso, lo stabilirsi di un circolo vizioso come effettivamente si manifestò qualche giorno dopo l'atto operativo.

Il circolo vizioso fu, in quel caso, combattuto efficacemente colla somministrazione di atropina, cloralio e lavaggi dello stomaco.

Un altro fatto analogo ed interessante a notare si è che mentre lo stomaco durante gli interventi si addimostra flaccido e ipotonico, dopo la morte dell'individuo si contrae e così si mantiene per circa sei ore (Aschoff).

Un caso del genere è stato osservato dall'A., il quale ebbe campo di assistere ad una operazione e alla sezione praticata 4 ore dopo la morte. Mentre prima lo stomaco giungeva fino alla sinfisi pubica, all'autopsia fu trovato contratto, tanto da presentare una vera e propria ripiegatura ad angolo retto a livello dell'antro ove era stata praticata la gastro enterostomia.

Il circolo vizioso dunque deve essere considerato, almeno in molti casi, un fenomeno di origine spastica.

E. MINGAZZINI.

IGIENE.

La malaria nella quistione meridionale.

Con questo titolo gli *Annali d'Igiene* hanno pubblicato, come supplemento, un lavoro del compianto dott. Guglielmo Fabbri, che fu benemerito Capo del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Il lavoro, inspirato da fervido amor di patria, è ricco di notizie e di dati, scritto in lingua purissima ed infiorato di citazioni letterarie che ne rendono gradevole la lettura.

L'autore dimostra l'importanza del risanamento dalla malaria per il risorgimento agricolo ed economico del Mezzogiorno d'Italia, e come questo risanamento possa essenzialmente ottenersi mediante la protezione delle persone dalla puntura delle zanzare malarigene.

I risultati finora ottenuti con la bonifica umana e la profilassi chininica non sono tali da consigliare a fare assegnamento, per lo meno esclusivamente, su di essi.

La bonifica, a parte le lacune accennate dal Gosio, presenta inconvenienti di praticità ed incertezza di risultati. La cura dei malarici non può ritenersi un mezzo sicuro per la difesa dei sani.

Per quel che riguarda la profilassi chininica è certo che della enorme quantità del farmaco obbligatoriamente distribuito ai lavoratori delle zone malariche minima è la parte usata a scopo profilattico, anche quando grazie a circostanze favorevoli ne poteva eccezionalmente essere sorvegliato il consumo. Ma oltre che un assurdo pratico la profilassi chininica è un errore scientifico. L'impedire la crescita del germe morbigeno non rientra nel concetto della profilassi per la stessa ragione che a nessuno verrebbe in mente di chiamare profilattica della fecondazione una manovra abortiva. Se il chinino può qualche rara volta impedire lo scoppio della febbre, non esce per questo dai cancelli della terapeutica. E che il chinino abbia azione profilattica o immunizzante prima che il germe della malaria sia penetrato nel sangue è un non senso che nessuno ha mai pensato.

Le leggi riguardanti la preparazione e la

vendita dei preparati chinacei da parte dello Stato e la obbligatorietà della somministrazione di essi ai lavoratori delle zone malariche, se non hanno avuto la efficacia profilattica che se ne ripromettevano gli autori, hanno avuto certo il merito di diminuire il costo ed accrescere la diffusione del farmaco prezioso.

I dati statistici delle morti per malaria dal 1888 al 1914 dimostrano che dal 1902, data della benefica legge, si ha una imponente diminuzione della mortalità.

Ma se dal 1902 la gente si è messa a morire di meno, non per questo la terra si è messa a produrre di più. La diminuita mortalità non ha avuto alcuna ripercussione sulla vita agricola perchè il morir di meno non voleva dire che si morisse poco, voleva unicamente dire che in passato si moriva troppo, e forse troppi ancora rispetto alla diffusione della malaria e nonostante la diffusione del chinino, erano i duemila morti del 1914.

Comunque non è dubbio che il chinino non ha, neppure per via indiretta e lunga quanto si voglia, efficacia ponderabile nell'attenuare la causalità malarica; poichè, come l'esperienza trisecolare ha dimostrato, non può riuscire da solo a mantenere gli agricoltori sul terreno malarico, fino a quando ad essi sia data smalarizzando con la coltura intensiva. Non si dimandi dunque al chinino più di quel che possa dare, che è già moltissimo.

La più efficace lotta contro la malaria è quella che impedisce il contagio.

Il Grassi, cui spetta il merito di avere individualizzato l'insetto malarigeno, ha scritto che la malaria è un colosso dai piedi di creta. Questo piede, facilmente frangibile, corrisponde alle anofeli che si possono, se non tutte distruggere, ridurre almeno così di numero da renderle pressochè innocue, ed alle quali ad ogni modo si può impedire che arrivino al contatto dell'uomo per suggerne ed inoculargli il germe della malaria. Con la scoperta del Grassi si venne a spostare l'obiettivo strategico della profilassi antimalarica. Dal giorno in cui fu dimostrato che, senza l'intervento delle anofeli, gli attacchi di primitive erano impossibili, due corollarii profilattici si imposero come imperativi categorici, cioè: distruggere per quanto più fosse possibile zanzare malarigene; schermirci dalle loro punture.

Questo secondo corollario, che è di più facile attuazione, fu sfruttato, non appena enunciato, dalle Società esercenti le linee ferroviarie per proteggere i propri agenti costretti per ragioni di servizio a dimorare o a lavorare in località malariche. Le Case Cantoniere, le Stazioni, gli alloggi del personale ebbero ben presto le loro finestre, le loro porte munite di reticelle atte ad impedire l'ingresso delle zanzare negli ambienti.

Le statistiche della morbosità del personale ferroviario dal 1900, anno nel quale furono impiantate su larga scala le protezioni, al 1905, anno nel quale le ferrovie ritornarono all'esercizio di Stato, il numero percentuale dei malarici scese da 90 a 36.

Le protezioni meccaniche, anche solo con l'avere dato modo all'agente di dormire tranquillo a finestre aperte, e quindi non più in aria confinata e corrotta, avevano contribuito con il miglioramento delle condizioni igieniche ad affrettare le guarigioni; ma sopra tutto, con il portare al minimo i casi di infezione primitiva o di reinfezione, avevano pressochè disseccata la fonte principale onde si alimentava la morbosità malarica.

L'esercizio statale, durante il quale la protezione meccanica rimase il fulcro della profilassi e ne fu aumentata la diffusione e la efficacia con nuove provvidenze, segna un sempre progressivo decrescere della morbosità malarica. Il numero percentuale dal 24.64 nel 1906 scese a 6.03 nel 1914.

Nè si può attribuire una tale decrescenza all'uso del chinino profilattico, essendo risaputo che il chinino distribuito per obbligo di legge in parte veniva incettato per essere venduto al di là dell'Adriatico agli Albanesi ed ai Croati; parte era usato come mezzo di scambio con i bottegai e gli osti; parte veniva mano mano accumulandosi nelle case dei ferrovieri, donde potè essere in gran parte ricuperato quando la guerra ne fece sentire la penuria e ne accrebbe di moltissimo il costo.

Purtroppo il sistema di lotta che si era dimostrato tanto efficace non varcò i limiti della linea ferroviaria, e le plaghe malariche d'Italia rimangono ancora inospitali e sterili malgrado si fosse data larga prova sperimentale della possibilità della loro redenzione.

Nè ad illuminare i dubbiosi ed a spronare i pigri è valso l'esperimento fatto dagli americani, che, riconoscendo la decisiva importanza dei risultati della profilassi meccanica ottenuti dalle ferrovie italiane, adottarono nella lotta contro la febbre gialla e la malaria durante i lavori del taglio dell'istmo di Panama il sistema delle protezioni, il che permise di restare sul posto del lavoro ai lavoratori, prima taglieggiati dalla morte.

Nel nostro paese l'infatuazione per la illusoria virtù profilattica del chinino e per la derivatane confusione delle idee, si è ancora sotto il giogo tirannico della malaria, di cui

altri paesi si vanno rapidamente liberando applicando metodi escogitati dagli italiani; sì che l'Italia ha fatto

come quei che va di notte
che porta il lume dietro a sè non giova,
ma dopo sè fa le persone dotte.

Ma sarebbe tempo di non smarrirsi più oltre. L'eccesso della nostra popolazione, ed il difetto di prodotti agricoli non consentono ulteriori indugi. Occorre risanare le nostre terre secondo il nuovo concetto strategico, che nato in Italia ha potuto avere, con il taglio dell'istmo di Panama, la sua più celebrata applicazione in America.

Spezzando il latifondo, concedendo agli agricoltori in enfiteusi i terreni malarici, rendendo possibile all'uomo di prendere stabile dimora nelle campagne insalubri senz'alcuno o con un minimo pericolo di contrarre le febbri, applicando cioè su vasta scala la protezione meccanica, si potrà risolvere il problema angoscioso del Mezzogiorno d'Italia.

G. DRAGOTTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ANAFILASSI. (*Lezioni tenute ai RR. Istituti Clinici di Milano*). (*Pubblicato per cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese*), 1923. — Prezzo L. 15.

Queste lezioni sull'anafilassi, che la Direzione dell'Istituto Sieroterapico Milanese ha raccolto in un nitido volume di 350 pagine, sono state tenute dai professori Lustig, Cesaris-Demel, Comba, Rondoni, Frugoni, Fichera, Cesa-Bianchi, Micheli, Zironi, Belfanti.

In un capitolo di biologia, che tanta ripercussione ha avuto ed ha nella medicina moderna, questa divisione del lavoro, senza rompere l'armonia della trattazione, ha dato occasione ad uno sviluppo corrispondente alla particolare competenza di ciascun autore.

Del Lustig è il capitolo sulle generalità e storia dell'anafilassi; le alterazioni anatomiche sono analizzate da Cesaris-Demel. Tra le anafilassi cliniche, quelle da siero, è trattata da Comba, quella alimentare da Rondoni. La sindrome di asma bronchiale anafilattico (Frugoni), l'anafilassi in chirurgia (Fichera), la tachifilassi (Cesabianchi) sono seguite da una ampia e completa trattazione di uno dei più difficili capitoli dell'argomento: l'ipersensibilità tubercolare nei suoi rapporti coll'anafilassi, coll'immunità e colla terapia specifica della tubercolosi (Micheli). Ad un capitolo sulla idiosincrasia e fenomeno paradosso (Zironi) segue come chiusura uno di sintesi (Belfanti).

Gli studiosi italiani saranno grati e lieti di questa raccolta di lucide sintesi che mettono al corrente su un argomento palpitante ancora di attualità.

T. PONTANO.

G. H. ROGER. *Physiologie normale e pathologique du foie.* (Masson, éd., 1923. Fr. 22).

L'A. ha una particolare competenza sulla fisiopatologia del fegato: egli, in 36 anni di attività di ricerca, ha pubblicato ben 82 lavori su questo importante capitolo di fisiologia e di patologia.

La poliedrica funzione di questo organo capitale dell'economia animale, sintetizzata al lume delle moderne acquisizioni, convenientemente lumeggiata per lo studioso di fisiologia e per il medico, si trova in pochi libri di fisiologia e di patologia. L'A. riguarda il problema della fisiopatologia epatica nella parte che riguarda la bile, la glicogenesi epatica, l'azione del fegato sui grassi e sui proteidi, sulla coagulazione del sangue. L'azione antitossica del fegato, l'azione sui germi, i fermenti riduttori, ed ossidanti, la funzione termogenetica, la marziale, l'autolisi epatica, la sinergia funzionale e simpatie morbose, la patologia sperimentale del fegato, sono capitoli originali che fermeranno l'attenzione dello studioso. Nè sfuggirà al medico l'importanza della esplorazione funzionale del fegato, tanto discussa è sempre una delle aspirazioni assillanti del clinico.

Libro moderno, concepito da un competente, desterà l'attenzione e la meditazione degli studiosi italiani.

T. PONTANO.

ABDERHALDEN E. *Handbruch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. IV Angewandte chemische und physikalische Methoden Teil F. Heft. 2. (Wien., Urban e Schwarzenberg, 1922. M. k. 316.80).

Questo volume dell'opera diretta dall'Abderhalden è stato affidato a Führer di Lipsia e tratta dei veleni. Come è scopo di tutta l'opera ogni veleno è studiato dal punto di vista della sua azione sugli organismi viventi o su organi isolati e mantenuti nella loro funzione dalla circolazione artificiale. Per ciascuno di essi sono pure indicati gli animali più sensibili, sì da potere questi servire quale mezzo più adatto per riconoscere anche minime traccie della sostanza ricercata, ed inoltre è dettagliatamente esposta la tecnica necessaria per ogni particolare ricerca.

Questo volume che tratta di moltissime sostanze correntemente impiegate come medicinali, si presenta quindi di alto interesse non solo per il farmacologo ma anche per il clinico.

TR.

KOLLE W. e HETSCH H. *Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten.* (VI ediz., II vol.). (Wien, Urban e Schwarzenberg 1922).

Il secondo volume del trattato di Kolle e di Hetsch è in questa sesta edizione notevolmente arrichito di tutte le più recenti acquisizioni tanto nel campo delle malattie infettive a germe già da tempo noto, quanto in quello delle infezioni per le quali la scoperta dell'elemento eziologico ha costituito l'inizio di un nuovo ordine di studi oltremodo interessanti ed importanti.

In questo volume sono trattate la difterite, la morva, la tubercolosi, la lebbra, tutte le infezioni dovute a spirochete, quelle determinate da protozoi (dissenteria amebica, tripanoramiosi, malaria, coccidiosi, ecc.), quelle dovute a virus filtrabili sia nell'uomo (febbre da pappatacci, rabbia, poliomielite acuta, ecc.) che negli animali. Capitoli importanti sono pure dedicati al tifo petecchiale, alla malattia di Wemer-Hinche, e a quelle infezioni delle quali ancora ignota è l'eziologia (morbillo, scarlattina, rosalia, reumatismo articolare acuto, beri-beri, pellagra, ecc.).

Inoltre infine gli AA. trattano delle affezioni dovute alle varie specie di funghi, ed a quelle determinate da alcuni vermi.

La completa e chiara trattazione di ogni capitolo le numerose e nitide illustrazioni rendono questo volume particolarmente interessante ed oltremodo utile non solo per chiunque si dedichi allo studio delle malattie infettive e delle ricerche di laboratori ad esso collegate, ma per tutti coloro che seguono assiduamente lo sviluppo degli studi medici.

tr.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(*Roma, 5-8 aprile 1923*).

Il Congresso ebbe sua sede nella R. Clinica Ostetrico-Ginecologica. Fu presieduto dal prof. senatore PESTALOZZA. Vice-presidenti: prof. CLIVIO (Genova), prof. MIRANDA (Napoli); segretario, dott. BADINO (Siena); vice-segretari: dottori CECCACCI, BORODDE (Roma).

Dopo la seduta inaugurale, nella quale pronunciarono elevati discorsi il prof. GUZZONI (Modena), vice-presidente anziano della Società, ed il prof. PESTALOZZA (Roma), presidente del Comitato ordinatore del Congresso, ebbe luogo una simpatica cerimonia per la consegna in omaggio al prof. Pestalozza di un volume di scritti di alta scienza dei Suoi Colleghi e dei Suoi Allievi per commemorare il trentennio del suo insegnamento universitario.

Le *sedute scientifiche* ebbero principio subito dopo con la lettura che il prof. ALFIERI (Pavia) fece della sua *Relazione* sul tema:

Sterilitá nella donna secondo le moderne vedute.

Il Relatore fa dapprima la storia del pensiero scientifico, tutt'affatto recente, sulla patogenesi e cura della sterilità muliebre iniziata con Marion Sims (1866) per la stenosi del collo e seguìta con Noeggerath (1872) per la gonorrea latente. Questo ultimo momento etiologico della sterilità muliebre naturalmente condusse alla ricerca della causa della sterilità, oltre che nella donna, anche nell'uomo e per questi si passò dalla gonorrea, alla sifilide, alla tubercolosi. Per lungo tempo per quanto riguarda la donna la causa della sterilità rimase confinata nel fattore *meccanico* (stenosi, ipoplasia) ed in quello *infettivo*. Venne poi il fattore *endocrino* ovarico anche in rapporto alla funzione mestruale irregolare.

Il Relatore ricorda i concetti fondamentali stabiliti ormai per aver regolari fecondazione ed annidamento dell'uovo fecondato:

1) *Ovulazione e spermatogenesi regolari;*

2) *Condizioni favorevoli all'incontro ed alla unione dell'uovo e del nemasperma;*

3) *Attitudine della mucosa uterina ad annidare e nutrire l'ovosperma e della cavità uterina a contenerlo nella sua evoluzione.*

Considera il R. i casi di *sterilità relativa* per *disarmonia sessuale* fra coniugi pur perfettamente sani (secrezioni vaginali spermalitiche — presenza di spermatossine nell'organismo muliebre — mancato consenso e mancato sincronismo nel soddisfacimento sessuale). Di qui la pratica dell'esame del liquido seminale raccolto dalla vagina dopo la ejaculazione, di qui lo studio della dispareunia ed i tentativi della psicoterapia nel trattamento della sterilità.

Mette in luce il R. le vie da seguire per lo studio della patogenesi e la cura della sterilità caso per

caso: studio con fine tatto dei precedenti sessuali e dei rapporti intimi dei coniugi. Ricerca di tare ereditarie e di malattie eventuali costituzionali nei coniugi, di affezioni generali e locali nella donna, affezioni infiammatorie delle vie genitali; reazione di Wassermann nei coniugi; ricerca di fatti di blenorragia e di tubercolosi con tutti i moderni mezzi d'indagine, studio della funzionalità ovarica, della *potentia fecondandi* del marito fondato sull'esame microscopico del contenuto vaginale dopo l'avvicinamento sessuale (mancato reperto di zoospermi per azoospermia o per rapido deflusso del seme dopo il *coitus;* reperto di zoospermi immobili o poco mobili o conglutinati o morti: segno di deficiente potere fecondante del marito o di secrezioni vaginali spermoliticihe; per contrario reperto di zoospermi numerosi agili, già nel canal cervicale: segno di attività fecondante nel marito) e di favorevoli condizioni genitali nella donna.

Di poi gioverà lo studio di eventuali ostacoli all'ascesa dei nemaspermi (permeabilità del canal cervicale e delle tube), quest'ultima ricercata con i moderni procedimenti delicati e non scevri di pericoli di Robin e Cavy, che possono valere però meglio del cateterismo retrogrado a ventre aperto delle tube integre od aperte chirurgicamente (salpingostomia).

Lo studio dell'infantilismo nei suoi diversi gradi acquista speciale importanza per l'indagine della causa della sterilità, come l'esame psicosessuale per i casi di sterilità di coniugi genitalmente sani (10-15 % dei matrimoni sterili).

La cura della sterilità deve esser preceduta da quella delle lesioni infiammatorie (raro, prudente raschiamento nell'endometrite e solo se assenti lesioni annessiali, altrimenti pericoloso), dalla rimozione di eventuali neoplasie (fibromi, cistomi), dalla larga attuazione in caso di interventi operatori di processi conservativi ginecologici (resezioni tubo-ovariche, salpingostomia, miomectomia, ecc.), senza danno delle pazienti.

Dalla cura particolare della sterilità il R. vuole escluse le donne oltre i 35 anni di età, quelle nelle quali si può sospettare un'affezione tubercolare. L'attività fecondante del coniuge è da mettere in chiaro prima di ogni intervento sulla donna. Si debbono scegliere gli interventi meno aggressivi: la cura della stenosi cervicale, quella della ipoplasia specialmente con i mezzi atti alla stimolazione della nutrizione dell'apparato genitale (cure termali, elettricità, ginnastica, massaggio, diatemica, ecc.), l'organoterapia, endocrinoterapia, la actinoterapia. A condizioni normali genitali dei coniugi, la secrezione vaginale è da esaminare per la sua eventuale azione nociva sui nemaspermi e quindi non solo la cura con alcalinizzazione della vagina; ma anche con mezzi biologici (colture di Bacillosan, autovaccini preparati con la flora vaginale).

Utile, in alcuni casi di reperto normale dei due coniugi con sterilità, il distanziare i rapporti coniugali sia per diminuire gli anticorpi spermatossici nella donna (sterilità negli eccessi del coito, nelle prostitute, ecc.), sia per stimolare una più attiva partecipazione all'amplesso. Sarà utile una psicoterapia razionale basata su una diligente psicoanalisi della vita sessuale dei due coniugi. Sempre se la condizione anatomica sessuale dei coniugi sarà normale, la cura della loro sterilità può giustificare la risorsa della fecondazione artificiale, ora rimessa in onore dagli americani.

Per i casi ribelli a condizioni normali della moglie si deve ricercare la collaborazione dello specialista delle vie genito-urinarie maschili prima di escludere la colpa del coniuge nella sterilità. Lo studio delle condizioni del seme ejaculato in vagina sarà più utile di quello abitualmente praticato su quello raccolto nel coitus condomale.

DISCUSSIONE.

Prof. COVA (Siena). — Si ferma sulla radio- e radiumterapia dell'ovaio ipofunzionante. Per analogia con la radioterapia del cancro, crede che la dose eccitante ovarica sia di un decimo della dose ovarica tanto per la sostanza radioattiva che per i raggi X.

Prof. PAZZI (Bologna). — A proposito della radioterapia ovarica, crede difficile determinare la cura radioeccitante da quella radiosterilizzante.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Nella sterilità femminile trovò in causa lesioni infiammatorie (280 casi, fra cui 42 volte tubercolosi, blenorragia per il resto). I fibromi nella sua statistica compaiono nel 15.6 % dei casi di sterilità, alcuni così guariti con la miomectomia. La retroflessione uterina dà più spesso sterilità per le contemporanee lesioni annessiali. Se queste sono assenti il pessario può guarire in molti casi.

Anche gli interventi operativi dànno buoni risultati nelle retroflessioni senza aderenze (45 %).

È favorevole ai metodi di intubazione (pessario endouterino con o senza discissione del collo stenotico) con la quale ebbe il 20, 40 % di risultati favorevoli con scomparsa della dismenorrea in 90 % dei casi. Ritiene infido l'uso della laminaria. La salpingostomia come operazione complementare di altri interventi può esser giustificata per la cura della sterilità.

Prof. GELLI (Firenze). — Ebbe buoni risultati nella sterilità da ipoplasia, senza complicazioni, con la dilatazione graduale praticata per 2-3 mesi a due sedute per settimana. Con la radioterapia (metodo frazionato Bèclére per la miomatosi) vide insorgere un gravidanza.

Prof. GUZZONI (Modena). — Si è valso anche egli della intubazione uterina (Hegar, Petit, Lefour), nella ipoplasia e nella stenosi uterina. Nei casi di rifiuto del liquor seminalis ebbe fecondazione con l'applicazione di un tamponé sterile *post coitus*. Molti successi ottenne con la pessarioterapia (Cuzzi) nella retroflessione uterina corretta. In un caso il successo seguì alla fecondazione artificiale.

Prof. DE GRISOGONO (Trieste). — È contrario alla salpingostomia per il pericolo che il contenuto della tuba aperta possa inquinare il peritoneo. Ricorda un caso in cui ciò avvenne.

Prof. CAPPELLANI (Messina). — Contrariamente all'opinione del Relatore crede che non si possa

fare assegnamento sicuro sul valore della cutireazione, che può esser, se positiva, espressione di processo tubercolare anche fuori della sfera genitale e quindi non può guidarci nell'esclusione o meno dei casi per la cura operativa della sterilità.

Prof. REGNOLI (Roma). — Ha avuto risultati favorevoli nella cura della sterilità con i lavaggi alcalini vaginali, con la dilatazione graduale del collo uterino stenotico, con la correzione di deviazioni posteriori uterine.

Dott. TALIERCIO (Napoli). — Per gli accertamenti di eventuali tubercolosi genitali non dà alcun credito alla cutireazione, anche perchè è troppo frequente negli adulti la presenza di qualche focolaio spento di tubercolosi extragenitale.

Prof. ALFIERI (Pavia). RELATORE. — Risponde esaurientemente a tutti gli oratori.

La *II Relazione* su

La dilatazione permanente del bacino.

fu letta dal prof. COSTA (Novara).

Scorre il R. la storia dell'argomento da Aitken (1775) che voleva la cicatrice della sua nuova pubiotomia fosse sorvegliata così e guidata da derivarne un'ampiezza pelvica permanente. Il parto spontaneo nei parti successivi a quello ottenuto con la sinfisiotomia fa pensare che con questa si sia ottenuto un ampliamento permanente del bacino. Gli innesti osteoplastici fra i monconi pubici dopo sinfisiotomia e pubiotomia ebbero lo scopo di ottenere un ampliamento pure permanente del bacino.

Ricche di promesse furono le proposte moderne per ottenere la dilatazione permanente del bacino. La *resezione del promontorio sacrovertebrale* fatta nell'occasione di un taglio cesareo non corrispose a queste promesse. Studiata in 5 casi cui seguì nuova gravidanza, in 1 solo questa si espletò con parto spontaneo, in 1 occorse nuovo taglio cesareo, in 1 si ebbe rottura d'utero che richiese l'isterectomia, in 2 si ebbe parto artificiale per le vie naturali.

La *sinfisiectomia parziale superiore,* proposta dal R. già da tempo, ha risposto meglio alla promessa della dilatazione permanente successiva del bacino.

Il R. ricorda la tecnica della sua operazione assolutamente nuova, che si distingue nettamente dalle resezioni sottoperiostee da tempo proposte. Con la sua sinfisiectomia il R. ha risultati permanenti perchè asporta anche il periostio.

La tecnica del R. per la sinfisiectomia parziale superiore è semplicissima: piccola incisione di Pfannenstiel, recisione dei m. m. retti e piramidali dalla loro inserzione pubica per 2 cm. circa a destra ed a sinistra della linea mediana, *asportazione* (scalpello o tenaglia ossivora) *del tratto osseo-cartilagineo periosteo e ligamentoso compreso fra le spine del pube per l'altezza di* 1 *cm. circa,* dal margine superiore della sinfisi pubica verso il basso.

La bozza parietale anteriore del feto sporge subito dall'apertura fatta ed il parietale posteriore scivola davanti il promontorio nella concavità del sacro, la testa scende nello scavo.

La sinfisiectomia così condotta dà un guadagno ben apprezzabile quando la differenza fra biparietale e C. V. è di un centimetro, meno quando è di due. L'operazione trova così sua applicazione fino alla C. V. di 80 mill. e più cautamente anche fino a quella di 75 mill.

Gli effetti della operazione sono durevoli (esperienze del dott. Scotti di Pavia, esame clinico e radiografico di pelvi sinfisiectomie anche dopo un anno e mezzo.

Il R. presenta una statistica di 24 donne operate secondo il suo metodo con *mortalità fetale primaria* nulla e quella *secondaria* inferiore a quella della sinfisiectomia e pubiotomia, poco superiore a quella del taglio cesareo, ampiamente compensata dalla *nessuna mortalità materna.*

Miglioreranno la prognosi fetale secondaria il non oltrepassare i limiti di stenosi pelvica indicati, la narcosi breve dell'operata, il successivo parto spontaneo diligentemente sorvegliato, la versione podalica, se richiesta nelle pluripare a parti molli preparate, il forcipe nelle primipare tenendosi conto dell'asinclitismo parietale, la disposizione della operata a cosce accavallate nel parto per aumentare sensibilmente e il diametro trasverso dello stretto superiore e la incisura sinfisiectomica. Tenendosi conto che poi tal posizione diminuirebbe il diametro trasverso dello stretto inferiore, al disimpegno della testa dovrebbe esser cambiata in quella a cosce divaricate.

Il relatore dice la sua operazione: *intervento innocuo,* che può sostituire interventi gravi e pericolosi, che può esser praticata con successo anche da mani non molto addestrate, anche in umili ambienti sia in gravidanza che fuori di gravidanza ed in travaglio di parto per deliberato proposito prestabiilito o dopo attesa dell'esperimento delle forze naturali, persino a sofferenza fetale iniziata, ad iniziata sepsi. Il suo risultato efficace va oltre il parto nel quale vien praticata, per esser utile nei parti successivi.

DISCUSSIONE.

Dott. BADER (Borgosesia). — Riferisce su di un suo *secondo caso di sinfisiectomia alla Costa nella pratica di condotta.* La C. V. era di 8 cm., il BPO di 9 cm. Si valse della tenaglia ossivora; operò verso la fine della gravidanza; nel travaglio la paziente fu messa a cosce accavallate. Iniziato lo abbassamento del parietale posteriore, il parto fu terminato col forcipe per sofferenza fetale. Feto vivo, madre guarita regolarmente. L'O. crede l'operazione debba entrare nella pratica di condotta.

Prof. VARALDO (Savona). — Riferisce del suo *contributo alla sinfisiectomia secondo Costa.* Operazione praticata al VII mese di gravidanza (agosto 1922): vizio pelvico di 2° grado; C. V. di 83 mill. Guarigione al 12° giorno. Parto a termine (novembre 1922): sofferenza fetale alla rottura del vivo, madre sana.

Prof. L. A. OLIVA (Genova). — Dice di un *nuovo suo contributo alla sinfisiectomia parziale alla Costa.* L'O. già operò altra volta una gravida

con la sinfisiectomia. In questo secondo caso trattavasi di II para, 24 anni (1° parto: rivolgimento feto morto poco dopo la nascita). Bacino generalmente ristretto, piatto, C. V. 75 mill. Operò con taglio longitudinale dei tegumenti: parto spontaneo 24 ore dopo. Feto vivo sano. Decorso post-operatorio regolare. Operata dimessa al 10° giorno di puerperio.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — I risultati delle operazioni dilatanti il bacino dopo i primi entusiasmi erano stati causa di diffidenza. La proposta del Relatore di adottare la sua operazione di dilatazione pelvica permanente come operazione complementare in ogni cesarea rappresenterà, se adottata, la prova sperimentale più rigorosa ed egli si ripromette di adottarla.

Prof. COVA (Siena). — Ha eseguito l'operazione di Costa in tre casi: ha seguito il parto solo in due donne, perchè una donna, operata in gravidanza, successivamente abortì. In una il parto fu spontaneo; nell'altra l'operazione fu praticata dopo esperimento delle contrazioni espulsive. Si applicò il forcipe allo stretto superiore e si ebbe un feto vivo.

Crede che l'operazione non possa dare un aumento della *coniugata vera* superiore ad un centimetro e però che non debba esser praticata nella coniugata vera al disotto di 8 cm. L'O. fa notare i vantaggi dell'operazione, quando essa lascia una residuale superficie postero-superiore del pube costituente un piano inclinato sul quale il parietale anteriore può ben scivolare e scendere nel bacino.

Prof. ALFIERI (Pavia). — In base alle ricerche sperimentali praticate nella sua clinica dal dott. Scotti, domanda al Relatore se non crede utile conservare integro nell'operazione il ligamento anteriore della sinfisi. Crede meglio sieno operate le primipare in travaglio, le pluripare in gravidanza.

Trova utile la proposta di eseguire l'operazione come complemento nelle cesaree. La proposta può esser estesa a tutte le operazioni laparotomiche quando l'operata abbia vizio pelvico nei limiti utili. Domanda se risulta frequente dopo l'operazione la suppurazione dello spazio di Retius.

Prof. CLIVIO (Genova). — Non crede utile anche nelle pluripare di anticipare troppo l'operazione perchè nel prosieguo della gravidanza si potrebbe avere soverchio aumento di volume della testa fetale da richiedere nuovi interventi. Crede l'aumento della C. V., ottenuto con l'operazione, superiore a quello riferito dal prof. Cova perchè il diametro sacro-pubico che si ottiene sottostante al primitivo promontorio-pubico, s'inizia posteriormente già all'inizio della curvatura del sacro ed offre quindi uno spazio maggiore.

Dott. CATTANEO (Milano) — Nell'istituto di Milano furono praticate 10 operazioni per l'allargamento permanente del bacino: 4 di sinfisiectomia parziale superiore (Costa); 4 di resezione del promontorio (Rotter). In 2 casi furono associate le due operazioni.

Conclude che in gravidanza, a distanza dal parto, con un bacino piatto a C. V. oltre i cm. 8, è da tentarsi l'operazione di Costa, mentre che in travaglio fra i 7 e gli 8 cm. di C. V. è meglio il taglio cesareo seguìto dalla doppia resezione.

Dott. MEDRI (Milano). — Per l'allargamento permanente del bacino e per la sua statica è favorevole all'innesto osteoplastico associato alla sinfisiectomia specialmente se praticata negli ospedali e nelle cliniche a scopo profilattico nell'occasione di atti laparotomici.

Prof. GUZZONI (Modena). — Per l'operazione di Costa preferisce alla speciale pinza ossivora, allo scalpello e martello, che non possono trovarsi in ogni sede, un robusto cucchiaio. Crede con il prof. Alfieri utile sia conservato il ligamento anteriore pubico. È pure favorevole nelle primipare ad un ragionevole esperimento delle forze naturali prima di praticare l'operazione. Non trova che la resezione del promontorio meriti gli entusiasmi giustamente dovuti all'operazione di Costa.

Prof. SANTI (Arezzo). — È per l'attesa del travaglio espulsivo prima di praticare l'operazione di Costa non solo nelle primipare ma anche nelle secondipare. Crede non sempre si possa fissare a priori l'indicazione rigorosa per questa operazione.

Prof. LANDUCCI (Bergamo). — Ha eseguito l'operazione di Costa due volte come complemento di tagli cesarei. La tecnica riuscì facile valendosi dello scalpello, la guarigione fu rapidamente ottenuta e l'allargamento del bacino fu constatato permanente con la radiografia in un caso.

Prof. COLOMBINO (Milano). — Non crede fondato il timore espresso da alcuno per riguardo alla demolizione del legamento pubico anteriore, almeno a stare all'esperienza risultante dai casi operati nell'Istituto di Milano.

Prof. MIRANDA (Napoli). — È invece per la conservazione del ligamento anteriore pubico a garantire la statica del bacino, come per l'attesa prima di praticare l'operazione nelle primipare. Domanda quale sia la sorte ulteriore delle parti molli dell'arco pelvico anteriore dopo l'operazione.

Prof. OLIVA (Genova). — Crede sia meglio valersi della incisione longitudinale invece che di quella di Pfannenstiel per meglio conservare le parti molli. Essa non ostacola l'operazione.

Prof. COSTA (Novara). — Risponde agli OO. La asportazione in piccola parte del ligamento anteriore non nuoce alla statica come risulta da molti casi di Novara e di Milano. Esso però può anche esser rispettato senza per questo che ne risultino diminuiti i limiti dell'intervento. Crede utile l'attesa del travaglio espulsivo nelle primipare avanti di operare. Le radiografie oramai dimostrano che gli scopi dell'operazione sono conservati dopo un anno e mezzo. L'associazione della resezione pubica a quella del promontorio, se questa sarà mantenuta, risolverà il problema della dilatazione permanente nei casi gravi. Non è il caso di innesti osteoplastici nella sua operazione. La pinza ossivora non è necessaria: scalpello e cucchiaio ba-

stano. Crede utile la proposta del prof. Oliva per l'incisione longitudinale dei tegumenti invece di quella di Pfannenstiel; nell'operazione si eviteranno meglio gli ematomi e le eventuali successive suppurazioni. Queste però possono seguire a casi infetti.

COMUNICAZIONI INDIVIDUALI.

Prof. SANTI EMILIO (Arezzo). — *Postumi di encefalite letargica e gravidanza.* — La gravidanza può esser il momento causale per l'insorgenza o l'aggravarsi di quelle forme di pseudo-parkinson consecutive ad encefalite letargica, le quali quindi debbono costituire indicazione all'interruzione della gravidanza in qualunque momento. Trae questa conclusione per l'osservazione di un caso clinico, che riferisce, nel quale venne partorito un feto atrepsico, che morì poco dopo la nascita, da una madre che pure morì poco appresso il parto.

Dott. BOMPIANI ROBERTO (Roma). — *Postumi di encefalite epidemica e stato puerperale.* — Riferisce particolarmente la sindrome osservata in donna già affetta da encefalite espostasi a gravidanza.

Dott. FERRACCIU DOMENICO (Siena). — *Sulla patogenità degli streptococchi.* — Streptococchi di provenienza umana, patogeni per il coniglio e dotati di proprietà emolitiche non crescono sul proprio filtrato, mentre altri vi si sviluppano.

Prof. PERAZZI PIERO (Siena). — *Studio clinico e anatomo-patologico sopra due casi di infezione puerperale da anaerobi patogeni.* — È uno studio che l'O. conduce da tre anni. Per esso conclude che i germi anerobi patogeni agiscono colle proprie tossine producendo necrosi, a distanza, dei tessuti, così facile preda dai germi. Quale corollario pratico l'O. suggerisce di trattare le infezioni da anaerobi con mezzi sierologici per neutralizzare le tossine microbiche prima che producano lesioni irreparabili a carico di organi importanti. Nel lavoro dell'O. sono particolarmente descritte le lesioni del muscolo uterino e quelle degli organi a distanza nelle infezioni puerperali da anaerobi.

Discussione.

Prof. CAPPELLANI (Messina). — La disassociazione del polso dalla temperatura è sintoma di tutte le setticemie gravi. Solo nella setticemia da bac. di Ebert la dissociazione è in senso inverso. Le infiltrazioni parvicellulari del miometrio verso la cavità uterina settica, che sono barriera di difesa, sono pure comuni a tutti i processi inflammatori localizzati; così i processi di necrobiosi delle fibrocellule muscolari in sede più lontana dalla cavità uterina.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Ha visto un quadro clinico analogo a quello descritto dal prof. Perazzi in un recente caso d'infezione da aborto con ogni probabilità da anaerobi. La dissociazione di polso e temperatura eccezionalmente e tardivamente si ha nell'infezione da piogeni.

Prof. PERAZZI (Siena). — I sintomi riferiti per le infezioni da anaerobi sono caratteristici perchè compaiono evidentissimi già all'inizio della malattia. Lo studio batteriologico del sangue di puerpere infette permetterà la differenziazione delle forme infettive eziologicamente distinte. La presenza di lesioni da infiltrazione e necrobiosi è per ora indicata con riserva come caratteristica delle infezioni da anaerobi. Certo è che, come risulta da una serie complessa di sue ricerche, le lesioni del miocardio sono differenti a seconda delle cause che le producono.

Dott. DOSSENA GAETANO (Milano). — *Contributo clinico statistico sulla terapia dell'aborto infetto.* — L'O. crede che il criterio clinico abbia maggior valore di quello batteriologico per giudicare dalla cura dell'aborto infetto. Riferisce diffusamente lo stato delle nostre conoscenze sull'argomento dell'intervento nell'aborto settico ed alla stregua di 904 casi osservati nell'Istituto ostetrico di Milano conclude, che i buoni risultati ottenuti si debbono attribuire:

1) alla rigida esclusione del trattamento operativo di tutti i casi presentanti anche le più lievi complicazioni extrauterine;

2) alla completa abolizione dell'uso del cucchiaio nello svuotamento dell'aborto febbrile.

Discussione.

Prof. MICHELI (Roma). — Si compiace di queste conclusioni anche per l'autorità che ad esse viene dall'Istituto ostetrico di Milano. Nella Maternità da lui diretta in Roma su 1684 donne curate per aborto in un decennio il raschiamento uterino fu solo praticato 50 volte, fu sempre escluso dal trattamento dei 433 casi di aborto settico curati nel Reparto di isolamento della Maternità. Ricorda i buoni risultati ottenuti affermati dalla piccola mortalità (1.48 %) osservata solo fra i casi settici.

Anche nella Guardia Ostetrica di Roma il raschiamento fu solo praticato 290 volte su 3150 casi di aborto ed i risultati ottimi conseguiti (nessun caso di morte) se non hanno valore nel caso speciale, perchè in generale non si trattò di aborti settici, per i quali le pazienti di solito non restano nelle loro case, hanno gran valore per abbattere l'opposizione che si suol fare alla esclusione del raschiamento nella cura dell'aborto nella pratica comune a domicilio.

Prof. PERAZZI (Siena). — Il raschiamento deve esser bandito dalla cura dell'aborto settico specialmente da streptococchi. Esso distrugge le barriere di difesa. Nella Clinica di Siena è abbandonata anche la proteinoterapia nelle forme streptococciche generalizzate per lo shoc che segue alla iniezione endovenosa spesso aggravante le condizioni generali.

Dott. LIEBMANN (Trieste). — Riferisce circa il metodo di espressione del contenuto abortivo già distaccato col dito dalla parete uterina e consistente nella compressione del corpo uterino esercitata dalle dita delle due mani: le une interne attraverso il fornice anteriore, le altre esterne deprimenti la parete addominale e comprimenti la parete posteriore dell'utero.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale di quattro tipi di ulcera della lingua.

—	TUBERCOLARE	TRAUMATICA	SIFILITICA	NEOPLASTICA
Profondità	poco profonda	varia	profonda	profonda
Colore	grigio-giallastro	giallo-roseo	grigio	grigio sporco
Margini	sinuosi	varî	frastagliati e duri	sollevati e rovesciati
Pareti	scoscese	scoscese	a picco	irregolari e scoscese
Fondo	granulazioni giallo-pallido	poltaceo	poltiglia grigiastra	necrotico
Indurimento	nessuno	presente ma non marcato	presente	marcato
Dolore	molto marcato	marcato	manca	leggero: talora forti dolori riferiti
Cause locali	—	carie dentaria, ecc.	contagio	sconosciute
Altri segni	tubercolosi pulmonare, tubercolosi di altri organi.	—	placche mucose	—

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA NERVOSO.

Meningiti pseudo-cistiche della convessità in seguito ad otite.

Le meningiti sierose circoscritte sono generalmente chiamate meningiti cistiche, perchè l'accumulo del liquido cefalo-rachidiano che le caratterizza, assume l'apparenza di tumori. Ma questi tumori non hanno pareti proprie, istologicamente differenziabili dagli involucri cerebrali: essi risultano da aderenze infiammatorie fra i foglietti dell'aracnoide e della pia madre, fra i quali si localizza il liquido formato in eccesso. Si tratta dunque di pseudo-cisti, di meningiti circoscritte pseudo-cistiche, varietà cliniche della meningite sierosa ad evoluzione ipertensiva.

Le osservazioni più numerose riguardano le meningiti circoscritte spinali: quelle di meningiti circoscritte della convessità sono rare.

Nelle ricerche fatte dall'Aboulker (*Paris médical*, 1922, n. 36), si riscontrarono solo sei osservazioni di meningiti circoscritte della convessità. Tale affezione sembra essere consecutiva ad accidenti infettivi o traumatici recenti, od a fenomeni infiammatori meningei infantili, di etiologia mal determinata: in un caso si tratta di meningite tubercolare. Nel caso che l'A. descrive, i sintomi meningo-encefalitici erano consecutivi ad un'otite con mastoidite. Il malato, affetto da otite acuta sinistra con reazione della mastoide, aveva avuta a paracentesi e la trapanazione della mastoide. Non molto tempo dopo il p. accusa cefalea temporale violenta, si nota cambiamento profondo del carattere, obnubilazione intellettuale, sonnolenza marcata: sei giorni dopo la temperatura è di 40°.2; il polso è a 80; si ha torpore e vomito; iperemia della papilla sinistra; il liquido cefalo-rachidiano è normale. Si esegue la trapanazione del temporale un dito traverso al di sopra dell'arcata zigomatica, al di fuori della cavità mastoidea infettata. Si trova la dura madre distesa, assottigliata come un foglio di carta da sigarette trasparente, ricoprente una vera sacca con liquido torbido. Nulla si trova a carico dei lobi cerebrali o del piano osseo. Il sesto giorno dopo l'operazione, si nota la scomparsa della stasi papillare. Un mese dopo le condizioni del malato sono eccellenti.

L'A. si è trovato dunque di fronte ad un falso ascesso cerebrale, nel quale il malato con sintomi cerebrali inquietanti, è guarito con esplorazione cerebrale negativa; nel malato si aveva a fare con una meningite asettica ipertensiva con sindrome dissimulante l'ascesso cerebrale. Queste due affezioni sono caratterizzate dalla stessa sindrome d'ipertensione; secondo l'A. è però possibile fare una diagnosi differenziale ricordando che la meningite asettica ipertensiva ha una sintomatologia molto più ricca, che non l'ascesso del cervel-

lo; per questo carattere l'A. nel caso in esame, pensando doversi trattare di una meningite asettica, ha rinunziato al metodo classico dell'operazione attraverso la mastoide infetta, trapanando e pungendo attraverso il temporale, a distanza, ed al di fuori dell'orecchio. La scoperta della massa cistica fu una sorpresa. MONT.

Paralisi bilaterale degli abduttori laringei da alcool.

L'alcool è una causa rarissima di paralisi degli abduttori delle corde vocali. S. Salinger e M. Cottle (Jour. A. M. A. 1922 p. 1596) ricordano il caso riferito da Uffenorde, di un bevitore di 59 anni, nel quale dopo una copiosa libazione si manifestò una paralisi parziale delle corde vocali, con dispnea, tosse e cianosi. Abolito l'alcool, già tre giorni dopo era scomparso lo stridore e la dispnea, e dopo altri sei giorni la funzione era completamente ristabilita. Tale sintomatologia si ripetè nello stesso soggetto con maggiore gravezza, talchè fu necessario ricorrere alla tracheotomia. Gli AA. riportano il caso di un uomo di 43 anni che si presenò all'ospedale durante un accesso di dispnea, che durava da varie ore, e si era iniziata di notte con una sensazione di strangolamento.

La dispnea era prevalentemente inspiratoria. All'esame laringoscopico le corde vocali apparivano in quasi completa abduzione e si notava leggero edema delle pliche ariepiglottiche. Il giorno seguente la dispnea crebbe, l'infermo divenne furioso, il polso era piccolo, molle, frequentissimo, i respiri erano circa 50 per minuto. Si osservò inoltre paresi della metà destra della faccia e della lingua, dei muscoli accessori della respirazione, esagerazione dei rotulei. Fu escluso trattarsi di lesione luetica, perchè la R. W. era negativa. Risultò che il paziente aveva fatto molto uso di bevande alcooliche distillate in casa, le quali, per l'imperfetta preparazione, danno una forma di alcoolismo che si manifesta spesso con psicosi, e sintomi prevalentemente a carico dei muscoli oculari.

Il paziente dopo venti giorni era quasi completamente guarito, ma residuò una paralisi permanente della corda vocale sinistra.

DORIA.

Sulla paralisi facciale con zoster.

C. T. Neve (*Brit. Med. Journ.*, p. 643) dice che la paralisi facciale è la più frequente delle paralisi, e la causa è spesso ignota. Raramente dipende da lesione centrale, e raramente entra nel quadro di una polineurite, nel quale caso è spesso bilaterale. Può accompagnare o seguire lo zoster della faccia o del collo, e si presume che allora sia interessato il ganglio genicolato, eventualmente insieme con altri gangli.

La perfrigerazione può essere tutt'al più una concausa data la sua estrema frequenza. L'infezione del ganglio genicolato da virus zosteriano sarebbe secondo l'A. tra le cause più frequenti di paralisi facciale.

La sindrome genicolata completa produce herpes auricolare, paralisi facciale, e interessamento dell'acustico: ma non sempre è completa, venendo risparmiate ora queste ora quelle cellule e fibre, cosicchè potrebbe darsi una lesione del genicolato con sola paralisi facciale eventualmente anche con integrità delle vie del gusto. Però spesso è possibile mettere in evidenza dolori prodromali, malessere, febbre, o l'ingrossamento e la dolenzia delle linfoghiandole che drenano l'area cutanea colpita da zoster. DORIA.

SISTEMA DIGERENTE.

Genesi e cura dei borborigmi gastrici.

Individui neuropatici od isterici soffrono talvolta per dei rumori gastrici, che udibili a distanza, riescono molto penosi al paziente se si trova in compagnia di altre persone.

G. Gauter (*Arch. f. Verdaungs-Krankh.* Numero 5-6, 1923) per mezzo di osservazioni radiologiche di una malata affetta da stitichezza spastica e che soffriva per i borborigmi gastrici, ne potè dimostrare l'origine. Lo stomaco della malata per una contrazione spastica permanente della sua porzione mediana, era diviso in due regioni sovrapposte e riempite di gas (aerofagia). Il respiro era a tipo addominale: ad ogni inspirazione il diaframma, premendo sulla porzione gastrica superiore cacciava una certa quantità di gas oltre la parte stenotica nella porzione gastrica inferiore; rilasciatosi il diaframma (espirazione) avveniva il fenomeno opposto, per la pressione più alta del gas nella porzione gastrica inferiore. Ogni passaggio del gas da una porzione all'altra dava origine ai rumori udibili a distanza. Non riuscì all'autore di eliminare alcuno dei due fattori predisponenti al fenomeno molesto: l'aerofagia e lo spasmo gastrico. Potè invece rimuovere il fattore determinante, cioè le forti escursioni del diaframma, insegnando alla paziente a sostituire al tipo addominale il tipo toracico di respiro: ciò che determinò la scomparsa dei borborigmi. POLLITZER.

Limitazioni nell' uso degli alcalini.

Gli alcalini vengono largamente impiegati nell'ulcera gastrica e nelle forme di acidosi, oltrechè in altri stati morbosi di minore importanza.

Ma il loro impiego, tuttochè spesso utile e necessario, non è privo di inconvenienti.

Joslin fa notare che l'uso diuturno degli alcalini impoverisce il corpo di sali, specie di cloruri. Inoltre provoca spesso nausea e vomito, che possono essere molto diminuiti dall'aggiunta di creta al bicarbonato sodico. Altro danno è l'ingestione e la secrezione urinaria di grandi quantità di liquido, per eliminare i sali formatisi, con pregiudizio dello stomaco e del rene. Hardt e Rivers hanno posto in evidenza una sindrome tossica che talora insorge durante l'alcaliterapia, ad esempio, dell'ulcera gastrica. Si hanno lesioni renali, aumento dell'urea del sangue, normale od accresciuta avidità del plasma pel CO_2. La sindrome è più grave se il rene era precedentemente leso: gli AA. la chiamano alcalosi, ma non ne danno una definizione esatta, poichè l'argomento non è stato ancora sufficientemente studiato.

(*The journal of A. M. A.*, 17 marzo 1923).

DORIA.

Per il trattamento dell'ulcera gastrica perforata.

La sutura di una perforazione da ulcera presenta spesso serie difficoltà a causa del carattere calloso che assumono i margini e dei fenomeni infiammatorii acuti dei tessuti circostanti. Aggiungasi inoltre il pericolo della permeabilità dei punti a causa della peritonite generale che di solito esiste. Si cercò di ovviare a queste difficoltà chiudendo la perforazione con omento, tamponandola — secondo Bennet — con uno zaffo di omento libero dove non vi poteva portare omento dalle vicinanze. Se poi la perforazione data da più di 12 ore, vale a dire che l'infezione peritoneale è già progredita, la ricopertura con omento è, in quanto insegna l'esperienza, egualmente poco sicura. La chiusura ideale è certamente quella con peritoneo. Perciò in un caso del genere, vale a dire di ulcera callosa, che interessava la parete anteriore del piloro (Burk, *Centr. f. Chirur.*, 1920, 614), procedette in questo modo.

Circondò con due punti a filzetta la circonferenza dell'ulcera al di là dell'infiltrazione e, passati i quattro capi estremi dei fili attraverso il retto di destra a tutto spessore della parete addominale, li annodò all'esterno — due a due — sopra batuffoli di garza. Poi appose per sicurezza, un drenaggio in vicinanza dell'ulcera, che fece uscire dall'angolo inferiore della ferita. E poichè la perforazione datava da circa 8 ore, seguendo il parere della maggioranza dei chirurghi, che in casi di perforazioni ulcerative recenti è per l'operazione radicale, provvide all'ulcera mediante esclusione per sezione e gastro-enterostomia. I punti transparietali furono tolti al decimo giorno e la guarigione procedette regolarmente.

B.

VARIA

L'opera della Fondazione Rockefeller.

Un capitale di circa 175 milioni di dollari, con una rendita annua di oltre otto milioni di dollari permettono a questa grandiosa Fondazione di portare in tutto il mondo la sua opera benefica. Questa si esplica nel campo della salute pubblica, con particolare riguardo all'anchilostomiasi, alla malaria, alla febbre gialla, alla tubercolosi, come pure per ciò che riguarda la pratica dell'igiene; l'azione contro le tre prime malattie si svolge specialmente nelle due Americhe, nelle Indie, in Australia. La istruzione medica assorbe più che metà delle spese con oltre due milioni di dollari per l'impianto ed il funzionamento di scuole mediche in Cina, con sussidi dati a diverse Università americane ed europee. Altri fondi vengono elargiti per l'alimentazione infantile in Europa (un milione di dollari), per i poveri di New York, per il *Concilium Bibliographicum* di Zurigo, per ricerche speciali dell'Istituto Rockefeller, ecc. La Fondazione è anche un ottimo organo di espansione americana, fornendo ad alcune Università europee riviste scientifiche americane ed inglesi a prezzo ridotto, dando sussidi all'Associazione medica americana per la pubblicazione dell'edizione spagnuola del *Journal*.

Come risulta dal resoconto annuale per il 1921 (1) nell'Europa continentale, oltre ai sussidii per la alimentazione infantile, i maggiori aiuti sono dati in Francia per la riorganizzazione dell'Istituto Pasteur e per la lotta antitubercolare; l'Italia è menzionata nel capitolo..... dell'Europa centrale fra l'Ungheria e la Jugoslavia per gli aiuti concessi alle Università di Bologna, Genova, Napoli, Roma, Torino per l'acquisto di riviste scientifiche (pagamento ai prezzi di anteguerra).

È veramente ammirevole l'azione altamente umanitaria svolta da questa Fondazione, che contribuisce potentemente alla diffusione dell'igiene ed al progresso della scienza, come è provato dalle numerose memorie pubblicate sotto i suoi auspicii. Una iniziativa da segnalare è quella di fornire l'assistenza medica a prezzi modesti e con certe agevolazioni al ceto medio che lavora e che, pure avendo guadagni limitati, non può usufruire dell'assistenza gratuita concessa ai poveri.

fil.

(1) The Rockefeller Foundation, *Annual Report*. Un vol. in-8°, di 409 pag., con fotografie. The Rockefeller Foundation. New York, Broadway 61.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Disposizioni transitorie per la nomina definitiva degli ufficiali sanitari provvisori.

Con decreto 29 aprile 1923, non ancora pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, sono state stabilite le seguenti norme per la nomina definitiva degli ufficiali sanitari provvisori.

Art. 1. — Dal giorno dell'entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 1923, è data facoltà ai Prefetti di confermare definitivamente, con dispensa dal concorso e dal periodo di prova previsti dal Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, nei posti vacanti di ufficiale sanitario di un comune o consorzio, gli ufficiali sanitari provvisori con regolare nomina prefettizia che, dalla data del 1 maggio 1915, vi prestino ininterrotto servizio.

Al riguardo non è considerato come interruzione il servizio militare prestato in dipendenza della recente guerra europea.

Art. 2. — La facoltà, di cui all'articolo precedente, non si applica in confronto degli ufficiali sanitari provvisori che siano anche medici condotti, ed è subordinata al conforme parere del Consiglio provinciale sanitario, espresso su particolareggiata relazione del medico provinciale.

Su ogni nomina dovranno inoltre essere previamente sentiti i consigli comunali o le rappresentanze consorziali.

Art. 3. — I consorzi per i posti di ufficiale sanitario, già banditi alla data della pubblicazione del presente decreto, sono annullati.

È fatta eccezione soltanto per quelli pei quali siano iniziate le prove scritte di esame.

Art. 4. — Il presente decreto andrà in vigore dal giorno della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Queste disposizioni corrispondono ad esigenze di equità ma, purtroppo, lasciano immutate le condizioni di disordine e di precarietà che caratterizza l'ordinamento della vigilanza igienica.

Il sistema legale è ancora quello della legge 25 febbraio 1904 n. 57: a) incarico provvisorio al medico condotto in quei Comuni nei quali non sia possibile l'esercizio separato delle due funzioni; b) negli altri casi, nomina mediante concorso per titoli ed esami; c) obbligo dei Comuni di costituirsi in consorzio se non siano in grado di provvedere isolatamente ad un regolare servizio di vigilanza igienica.

Ma l'ordinamento legale ha avuto applicazione assai limitata. L'art. 111 del regolamento 1906, n. 446 prescrisse che i consorzi fossero costituiti non più tardi del 31 dicembre 1908 e che, frattanto, non si procedesse a nomine biennali e definitive nei comuni con popolazione inferiore ai trentamila abitanti; alle eventuali vacanze avrebbero provveduto i Prefetti mediante incarico temporaneo ad uno dei medici chirurgi esercenti liberamente la professione nel Comune o, in difetto, ai medico condotto.

Il sistema dei consorzi non fu praticamente attuato; il termine stabilito dall'art. 111 del regolamento fu più volte prorogato sino al 31 dicembre 1911; ma anche dopo si provvide a nomine provvisorie, e fu di fatto normalizzata una situazione che contrastava nettamente col sistema legale e costituiva legittime aspettative del personale provvisorio, le quali — appunto perchè seriamente valutabili — rendevano più difficile un riordinamento su nuove basi.

L'art. 13 della legge 25 febbraio 1904 aveva regolato la situazione transitoria disponendo che gli ufficiali sanitari provvisori, che prestavano servizio da almeno tre anni alla data della legge stessa e non erano anche medici condotti, potessero essere dispensati dal concorso e dal periodo di prova e nominati definitivamente, su parere conforme del Consiglio Provinciale di sanità.

Essendo stata poi prorogata la durata della sospensione delle nomine biennali e definitive nei comuni con popolazione inferiore ai 30,000 abitanti, e, quindi, essendosi provveduto a nuove nomine provvisorie, una interpetrazione benevola e logica dell'art. 13 della legge 1904, adottata dal Governo, considerò legittima la nomina definitiva, senza concorso, degli ufficiali sanitari che avevano prestato almeno tre anni di servizio alla data 31 dicembre 1911.

Ma, frattanto, si erano costituite nuove situazioni provvisorie ed altre se ne sono formate successivamente, in attesa di quella riforma organica che... si rendeva via via più difficile a misura che si consolidavano situazioni giuridiche transitorie e stati di fatto.

Perchè negare agli ufficiali sanitari provvisori, assunti in ufficio dopo il 1° gennaio 1909, quel trattamento eccezionale che era stato ammesso, in condizioni oggettive identiche, per le nomine provvisorie anteriori?

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, consulente legale del nostro periodico.

Si contravviene, è vero, alla norma fondamentale del concorso, ma non sarebbe stato giusto che un trattamento diverso fosse fatto a condizioni identiche, tutte dipendenti dall'applicazione incompleta ed imperfetta della legge.

A questo criterio di giustizia è ispirato il decreto 29 aprile 1923.

In forza delle nuove disposizioni, sono necessarie, agli effetti della nomina definitiva con dispensa dal concorso e dal periodo di prova, le seguenti condizioni:

a) *che l'ufficiale sanitario provvisorio non sia anche medico condotto e sia stato nominato mediante provvedimento del Prefetto, sentito il Consiglio provinciale sanitario: in questo senso si deve intendere la formula dell'art.* 1 (regolare nomina prefettizia);

b) *che il medesimo presti servizio ininterrotto dalla data 1° maggio 1915 — salvo che la interruzione dipenda dal servizio militare prestato in dipendenza della guerra; le nomine posteriori al 1° maggio 1915 sono considerate inefficaci alla stabilizzazione del rapporto di impiego, per un'alta ragione di giustizia, per non sottrarre cioè alle aspettative dei medici, che prestarono servizio militare, quei posti che si resero disponibili durante la guerra;*

c) *che il Consiglio provinciale sanitario esprima parere* favorevole, *su relazione particolareggiata del medico provinciale e siano sentiti i Consigli comunali o le rappresentanze consorziali; se il parere del Consiglio provinciale non è favorevole alla nomina definitiva, il Prefetto non può provvedervi in nessun caso; se, invece, è favorevole, il Prefetto non è tenuto senz'altro a nominare, ma, considerati tutti gli elementi di giudizio e gli altri pareri, esercita il suo potere discrezionale; è superfluo avvertire, però, che discrezionalità non è arbitrio di fare o di non fare, ma importa obbligo giuridico di agire con le forme e secondo i fini voluti dalla legge.*

Il provvedimento positivo o negativo del Prefetto può essere impugnato innanzi alla IV Sezione del Consiglio di Stato, per violazione di legge o per eccesso di potere.

Si tratta, dicevamo, di norme che hanno efficacia transitoria e corrispondono ad una necessità di fatto per la tutela giuridica di legittime aspettative; si deve anche riconoscere che le disposizioni sono state studiate ed elaborate con accortezza, con spirito di equità e con senso di misura per conciliare gli interessi del servizio con quelli degli ufficiali sanitari provvisori e per non pregiudicare le aspettative legittime dei medici chiamati alle armi.

Auguriamo, però, che il periodo transitorio, ormai ventennale, si chiuda con questo provvedimento di giustizia e sia sollecitamente approvato, con opportuni emendamenti che non ne vulnerino la sostanza, il progetto di legge che è da tempo innanzi alla Camera dei deputati e che tende ad organizzare saldamente su nuove basi la vigilanza igienica.

Alla Direzione generale della sanità pubblica non è apparsa meno lucidamente la necessità ed ora anche la urgenza di un riordinamento radicale; dobbiamo anzi riconoscere che essa ha avuto cura di attenuare gli effetti di un sistema di organizzazione inizialmente errato e che il progetto presentato dal Governo al Parlamento è ben congegnato.

Ma occorre ormai un atto di volontà decisa, in forza dei pieni poteri.

QUESTIONI PRATICHE.

XXX. — Dichiarazione di dimissioni per volontario abbandono dell'ufficio.

Accade non raramente che impiegati di enti locali siano dichiarati dimissionari per volontario abbandono dell'ufficio in casi che potrebbero se mai legittimare un procedimento disciplinare.

Questa forma di risoluzione del rapporto di impiego non è prevista dalla legge sanitaria, ma è ormai ammessa, in base ai principi generali del diritto, che hanno una espressa determinazione nell'art. 42 della legge sullo stato giuridico degli impiegati civili 22 novembre 1908, n. 693. Talvolta però se ne abusa sino a sostituire al provvedimento disciplinare la forma meno controllabile e più comoda della dichiarazione di dimissione.

In un caso analogo, a proposito di un insegnante elementare, la IV Sezione del Consiglio di Stato ha posto nettamente la condizione essenziale alla legittimità del provvedimento che dichiara dimissionario un impiegato: decisione 24 novembre 1922, n. 547, ric. Bevilacqua.

« Quantunque non si rinvenga — ha osservato la IV Sezione — nè nella legge T. U. 21 ottobre 1903, nè in qualsiasi altro testo legislativo o regolamentare una esplicita disposizione, la quale contempli la ipotesi della dimissione d'ufficio per volontario abbandono dell'insegnamento, tuttavia la giurisprudenza di questo Collegio si è pronunziata costantemente nel senso che sia legittimo il provvedimento, con cui si dichiari di autorità la dimissione di un insegnante, *ogni qualvolta risulti in modo certo la prova del volontario abbandono del posto* ».

Nel caso concreto, soggiunge la decisione, « non soltanto l'insegnante non aveva dato la prova di voler abbandonare l'ufficio, ma anzi

con istanza corredata da certificato medico aveva chiesto una proroga del termine per raggiungere la residenza; di fronte a quella domanda l'autorità scolastica bene avrebbe potuto controllare la sussistenza o meno dell'infermità attestata dal medico privato, ordinando una visita medica d'ufficio, ma non poteva, senza addurre alcuna ragione concreta, qualificare specioso pretesto la malattia, pronunziando senz'altro atto di preventiva diffida, la decadenza per abbandono volontario di posto ».

La situazione giuridica dei medici condotti e in genere dei sanitari dipendenti da enti locali è identica a quella considerata dalla IV Sezione, con la decisione sopra ricordata, in rapporto agli insegnanti, perchè nessuna disposizione delle leggi sanitarie prevede la dichiarazione di dimissioni per abbandono volontario dell'ufficio.

Occorre, dunque, che questa volontà esista e sia provata: la volontà può essere espressa o presunta, ma deve *essere*. L'assenza arbitraria può legittimare eventualmente sanzioni disciplinari, ma non può far presumere senz'altro la volontà di abbandonare l'ufficio. .

XXXI. — Sanzioni disciplinari, graduazione delle pene.

Nel campo amministrativo non è possibile parlare di *graduatoria* di punizioni se non quando una formula non equivoca della legge imponga di farlo.

Fuori di questa ipotesi si ha una pluralità di pene, una od altra delle quali viene applicata, secondo l'estimazione della minore o maggiore gravità delle mancanze.

Il campo dell'azione disciplinare amministrativo è indipendente da quello giudiziario, onde l'uno può seguire il suo corso non ostante la pendenza del giudizio (Consiglio di Stato, Sezione IV. Decisione n. 293 del 1922).

XXXII. — Nomina di impiegati di enti locali.

Nell'assunzione degli impiegati, l'amministrazione ha facoltà di assicurarsi nel modo più libero della esistenza sicura, non dubbia dei requisiti morali degli aspiranti, specie poi quando l'impiego importi esercizio di funzioni delicate e ciò anche quando trattisi di aspiranti già appartenenti ad altri impieghi. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 15 dicembre 1922, n. 595).

XXXIII. — Nomina di sanitari di Opere Pie.

È in facoltà di una istituzione di beneficenza di adottare o meno nei concorsi per nomine dei propri sanitari le norme fissate per quelle dei medici condotti; ma, ove nel bando di concorso non se ne faccia espressa condizione, il concorso medesimo è soggetto alle norme dello statuto e dei regolamenti dell'Opera Pia. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 22 dicembre 1922, n. 642).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).
Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione della sottoscrizione, vedi fasc. 21).

(VARIE):

Dott. Moro (Galatone) . . . . L. 10 —
Dott. Macchia (Cursi) . . . » 5 —
Dott. Marinelli (Falerone) . . » 25 —
Dott. Marsilli (Camerino) . . » 40 —
Dott. Melchiostri (Camerino) . » 30 —
Dott. Nardone (Gravina) . . » 20 —
Dott. Comm. Perrotta (Lucito) . » 120 —
Dott. Pollice (S. Eufemia) . . » 20 —
Dott. Paglione (Tornaccio) . . » 25 —
Dott. Pastorelli (Taranto) . . » 10 —
Dott. Palomba (S. Severino) . » 50 —
Dott. Pazienza (S. Severo) . . » 25 —
Dott. Pistacchi, Chieuti (Foggia) » 10 —
Dott. Panzani, Fano (Pesaro) . » 50 —
Dott. Palma, Galatone (Lecce) . » 10 —
Dott. Piselli, Macerata Feltria (Pesaro) . . . . . . » 50 —
Dott. Passarelli, Isernia (Campobasso) . . . . . . » 10 —
Dott. Ricci (Urbino) . . . » 25 —
Dott. Rosati, Troia (Foggia) . » 25 —
Dott. Rossi, Sassocorvaro (Pesaro) . . . . . . » 80 —
Dott. Roberti Quintino, Campomarano (Campobasso) . » 20 —
Dott. Russo, Pulzano (Lecce) . » 50 —
Dott. Ruggero Romeo, Muggiu (Macerata) . . . . . » 30 —
Dott. Righi, Montemaggio (Pesaro) . . . . . . » 40 —
Dott. Ragusa, Anqua (Siena) . » 70 —
Dott. Sciacovelli (Bari) . . . » 80 —
Dott. Savino, Gravina (Bari) . » 20 —
Dott. Serrarcangelo, Castelplanio (Ancona) . . . . . » 25 —
Dott. Sbarra, Casteldisangro (Aquila) . . . . . . » 70 —
Dott. Santucci, Navelli (Aquila) » 10 —
Dott. Scarpitti Girolamo, Casteldisangro (Aquila) . . » 25 —
Dott. Sacco, Lucera (Foggia) . » 25 —
Dott. Sacchitelli (S. Ferdinando di Puglia) . . . . . » 10 —
Dott. Saetta, Nardò (Lecce) . » 25 —
Dott. Sbarra, S. Severino (Macerata) . . . . » 50 —
Dott. Stola (Taranto) . . . . » 20 —
Dott. Serio (Taranto) . . . . » 10 —
Dott. Spagnoli, Monsampietrangeli (Ascoli) . . . » 15 —
Dott. Saetta, Nardò (Lecce) . » 20 —
Dott. Serinelli Carmelo, Torchiarolo (Lecce) . . . . . » 15 —
Dott. Solimani, Urbisaglia (Marata) . . . . » 20 —
Dott. Terenzi (Urbino) . . . » 10 —
Dott. Tabassi, Lama dei Peligni (Chieti) . . . . . L. 50 —
Dott. Terlizzi Racaele, Serracapriola (Foggia) . . . » 30 —
Dott. Trerotoli, Maglie (Lecce) . » 15 —
Dott. Taglienti, Cerro al Volturno (Campobasso) . . . » 10 —
Dott. Traversi (Taranto) . . . » 10 —
Dott. Tallei (Camerino) . . . » 40 —
Dott. Venturi (Urbino) . . . » 20 —
Dott. Vernazza Giovanni, Calimera (Lecce) . . . . » 50 —
Dott. Vaglio, Galatone (Lecce) . » 10 —
Dott. Ventura, Casaldieri (Caserta) . . . . . . » 80 —
Dott. Zuccala, Nardò (Lecce) . » 50 —
Dott. Zangardi Antonio, Apricena (Foggia) . . . . . » 30 —

(INFERM. PRES. DI PARMA):

Ten. Col. Med. Napolitani M. . L. 100 —
Ten. Col. Med. Ferretti Arrigo . » 100 —
Magg. Med. Visconto Giuseppe . » 100 —
Cap. Med. Peroni Luciano . . » 80 —
Cap. Med. Grassi Virgilio . . » 80 —
Cap. Med. Micheli Ercole . . » 80 —
Ten. Med. Ariotti Carlo . . . » 60 —
Prof. Monguidi Coriolano . . » 30 —
Dott. Ugolotti Andrea . . . » 30 —

(SCUOLA D'APPLICAZ. TERR. DI PARMA):

Magg. Med. Corradi Numa . . L. 110 —
Cap. Med. Gubitosi Michelangelo » 78 —
Dott. Foresti Giuseppe, 3° Ragg. Aereo, Parma . . . » 34 —

(OSPEDALE CIVILE DI PARMA):

Dott. Betti Tullio . . . . L. 10 —
Dott. Iolli Alberto . . . . » 20 —
Dott. Braga Angelo . . . . » 10 —
Dott. Maffeo Luigi . . . . » 5 —
Dott. Balestra Angelo . . . » 10 —
Dott. Prof. Ghelfi Annibale . » 10 —
Dott. Marchelli Mario . . . » 10 —
Dott. Rossi Armando . . . » 10 —
Dott. Provinciali Umberto . . » 10 —
Dott. Prof. Parbarini Eugenio . » 10 —
Dott. Di Blao Carlo . . . . » 5 —
Dott. Caprara Vittorino . . . » 10 —
Dott. Camisa Giuseppe . . . » 10 —

(FIRENZE):

Dott. Boccacci Ettore . . . L. 10 —
Dott. Sansoni Antonio . . . » 10 —
Dott. Gallinaroti Mario . . . » 10 —
Dott. Montagnani Mario . . . » 10 —
Prof. Valerio Giuseppe . . . » 100 —
Ten. Col. Pignatelli Filippo . » 100 —
Dott. Pabis Ettore . . . . » 10 —
Dott. Chiodi Alfredo . . . . » 10 —
Dott. Castellini Azeglio . . . » 10 —
Dott. Di Rassi Mario . . . . » 10 —

(Continua).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Roma*). — Scad. 10 giu.; 2ª cond. Lire 7500 per 1500 pov., addizion. L. 1.50; cinque quadrienni decimo; un c.-v.

ALBA (*Cuneo*). — Due cond. L. 5000 e quinq. Scadenza 31 maggio.

BASSANO (*Brescia*). — Scad. 31 mag. L. 7000 fino a 1000 pov., sei quinq. di L. 700, due c.-v., L. 500 mezzo trasp., L. 300 uff. san.

CAERANO DI S. MARCO (*Treviso*). — Scad. ore 12 del 31 maggio. Vedi fasc. 20.

CASTELNUÔVO VAL DI CECINA (*Pisa*). — Scad. 1 giugno. L. 8000 e quadrienni del decimo fino a L. 12,000; L. 4000 cav.; primo c.-v. e metà del sec-

CERDA (*Palermo*). — Scad. 31 mag. L. 5000 fino a 500 pov., addizion. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; primo c.-v.

CHIESA (*Sondrio*). — Scad. 31 maggio. Consorz. L. 6000 e dopo biennio L. 6500, 2 c.-v., L. 1380 trasp., L. 500 uff. san. Pov. 350 su 4300 ab.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 21.

ESPERIA (*Caserta*). — Poveri fraz. Monticelli. Stip. L. 6000 lorde; aumento un decimo ogni quinquennio, indenn. caro-viv. Scad. 24 giugno. Rivolgersi Segreteria.

FOLIGNO. *Congregazione di Carità*. — Due aiuti med.-chir. Vedi fasc. 20. Scad. 40 giorni dal 25 apr.

GAGLIANO (*Catanzaro*). — Scad. 30 mag. L. 4000 (*sic*) e 5 quadrienni, 1 c.-v., L. 500 per mezzo economico di trasporto.

GALEATA (*Firenze*). — Proroga 31 mag.; due cond.

GODIASCO (*Pavia*). — A tutto il 31 maggio; lire 6500 più L. 1000 per il 25 % popolazione. Addizion. L. 5; L. 500 uff. san.; L. 2000 cav.; 4 quadrienni decimo. Assunzione entro 2 mesi.

GRUMELLO CREMONESE (*Cremona*). — Alle ore 16 del 17 giu. Consorzio. L. 7800 per 2300 pov. su 3677 ab.; L. 1500 trasp.; L. 500 uff. san.; L. 300 ambul.; c.-v. di legge. Serv. entro due mesi. Ai concorr. che non hanno prest. servizio milit. o non dichiarati idonei alla zona di guerra è fatto obbligo di present. i certific. ufficiali di inabilità o di esonero.

GUARDIA VENETA (*Rovigo*). — Scad. 15 giugno. L. 7200 oltre L. 2500 se cavalc., L. 1000 se bic., 2 c.-v., L. 400 uff. san., abitaz. Pov. circa 600. Serv. entro 15 giorni.

LUGO (*Ravenna*). — Per S. Bernardino. Scad. 12 giu. L. 8200 e dieci bienni ventes.; L. 2000 cav.; doppio c.-v.

MALEO (*Milano*). — Scad. 5 giu.; 2º reparto: L. 11,500 compresi quota complementare mobile, c.-v. temporaneo ed indennità per uso di velocipede: oltre L. 500 all'acquisto della stabilità ed altri tre decimi quinquennali di L. 650 ciascuno.

MONTALBANO JONICO (*Potenza*). — Scad. 31 mag. L. 3000 (*sic*) fino a 300 pov.; addizionale L. 10; poveri iscritti 760.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Medico primario del Reparto tubercolosi polmonare, padiglione «Da Monte e «Camerini». Scad. ore 17 del 20 luglio. Vedi fasc. 21.

ROCCALANA (*Udine*). — Scad. 30 giu. L. 7500 e 3 quinq., 2 c.-v., L. 3000 se cavallo, L. 1000 altro mezzo; L. 500 uff. san.; pov. 70 su 1569 ab.

ROMA. *Ministero della Marina*. — 24 tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 20. Scadenza 1º agosto.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Proroga 10 giugno.

S. NICOLA LA STRADA (*Caserta*). — Scad. 31 mag. Stip. L. 6000 lorde, assist. soli pov. aumentabili di un decimo per ogni quinquennio; una indenn. c.-v. Età limite 40 anni. Documenti rito.

SONCINO (*Cremona*). — Scad. 31 mag. Residenz. L. 6500, per 1000 pov. L. 2000, ambul. L. 200 (*sic*), 4 quinquenni L. 870, un c.-v. Pratica biennale. Residenza a Gallignano.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 4 giu. Due cond.; L. 13,000 oltre indenn. c.-v. di L. 100 mens. per gli ammogliati, L. 65 per i celibi.

S. PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª condotta, poveri 1500; L. 5000; addiz. L. 5; quattro quinq. decimo. Scad. 31 maggio.

S. SPERATO (*Cagliari*). — Scad. 31 mag. L. 6500 oltre L. 1000 quale uff. san.

STAFFOLO (*Ancona*). — Scad. 31 mag. 2ª cond. (Selva). L. 10,800, bienni, fino a L. 16,000, due c.-v.; cav. a carico Com. Lo stipendio potrà diminuire diminuendo i poveri.

TERMINI IMERESE (*Palermo*). — Scad. 31 maggio. L. 5000 fino a 500 pov.; addiz. L. 3 fino a 1000, L. 5 oltre; c.-v.; attitudine al lavoro di condotta.

TODI (*Roma*). — Concorso medico-chirurgo, 4ª condotta rurale residenziale fraz. Ilci. Stip. L. 6000 lorde, L. 1000 disag. resid., L. 3600 mezzi trasp., due ind. c.-v. Scad. 30 giugno Docum. di rito.

TOLMEZZO (*Udine*). — Scad. 31 mag., 2º reparto; L. 7500 oltre L. 3000 mezzi trasp.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli sono stati eletti per il biennio 1923-1924: Pianese prof. Giuseppe, presidente; Stanziale prof. Rodolfo, vice-presidente; Marfori prof. Pio, segretario; Boeri prof. Giovanni, tesoriere.

La Commissione giudicatrice del concorso per titoli ed esami a tre posti di medico assistente nell'Ospedale-sanatorio S. Luigi in Torino presentò la seguente graduatoria:

1º Scaglia Giuseppe e Giriodi Paolo 48/50;
2º Banaudi Edoardo e Clerico Dina 46/50;
3º Ardizzone Mario e Varese Carlo 45/50;
4º Zorn Federico 42/50;
5º Giordano Francesco 40/50.

Tutti i candidati furono ritenuti idonei a coprire il posto: l'Amministrazione procedeva in primo tempo alla nomina dei tre assistenti nelle persone dei dottori Scaglia, Giriodi e Banaudi; ed essendosi successivamente determinata la necessità di provvedere alla nomina di due altri assistenti, l'Amministrazione, valendosi dei risultati dello stesso concorso secondo la riserva contenuta nel relativo avviso, nominava i dottori Ardizzone e Zorn.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze al Prof. F. Durante.



Il 13 corr., ebbe luogo a Letojanni (Messina) l'inaugurazione di un monumento a Francesco Durante. L'inaugurazione doveva aver luogo agli ultimi di ottobre, ma venne allora rimandata per gli avvenimenti storici che portarono all'avvento del fascismo al Governo.

Il monumento, opera di Ettore Ximenes, consta di un magnifico busto in bronzo, sorretto da un gruppo di quattro figure pure in bronzo, rappresentanti la chirurgia che toglie le gruccie ad uno storpio guarito, la scienza e la carità; tutto sopra una base di granito grigio.

La cerimonia venne resa solenne soprattutto dall'intervento di un'immensa folla, convenuta da paesi vicini e lontani, formata da ammiratori, amici, beneficati dall'illustre clinico.

Fra i telegrammi di adesione notevoli quelli di S. E. Acerbo a nome anche di S. E. Mussolini, di S. E. Carnazza, del prof. Tricomi, del prof. Vittorio Ascoli, ecc.

Parlarono S. E. Di Cesarò, rappresentante del Governo, l'on. Cefaly, vice-presidente del Senato, il prof. Alessandri a nome degli allievi del Durante e della Scuola di Roma, il prof. Dalla Vedova per la Facoltà medico-chirurgica di Roma ed altri; rispose modesto e con alti sensi di patriottismo e di fervore scientifico il prof. Durante.

Intervennero anche senatori e deputati della Provincia, i proff. Roncali, Perez, Fichera, Andò della Scuola romana; Di Mattei, Muscatello, Citelli dell'Università di Catania; Vinci, Puglisi e Allegri di quella di Messina; ecc.

Onoranze al prof. Clementi.

È sorto in Catania un Comitato provinciale per le onoranze al prof. Gesualdo Clementi, direttore di quella Clinica chirurgica. Fra le varie forme di manifestazioni atte a ricordare ed onorare l'illustre clinico, si è stabilito di proporre una borsa di studio intitolata al suo nome.

Onoranze al prof. P. Bastianelli.

A S. Giovanni Valdarno si è degnamente onorato il chirurgo prof. Pietro Bastianelli, che da 25 anni dirige quell'Ospedale Alberti, divenuto, mercè sua, uno dei più moderni e rinomati della Toscana. A un banchetto parlarono l'ing. Segni, il dott. Alleghi, il dott. Paoli, il dott. Castelli e il rettore Magnardi che presentò un'artistica pergamena al festeggiato, il quale rispose ringraziando per la cordiale manifestazione con cui si sono volute solennizzare le «nozze d'argento» della sua attività professionale. Numerose e significative le adesioni.

In memoria dei sanitari dell'Ospedale Maggiore di Milano caduti in guerra.

Nell'Ospedale Maggiore di Milano, è stata solennemente inaugurata, con l'intervento delle autorità e di numeroso pubblico, una lapide in memoria dei sanitari e salariati caduti nella guerra 1915-18.

Allo scoprimento della lapide parlarono il Prefetto in nome del Governo, l'on. Lanfranconi, presidente degli Istituti Ospedalieri, e il prof. Bertazzoli a nome del Sindaco.

I medici dell'Ospedale Maggiore caduti in guerra, furono: Vismara Carlo, Piazza Renzo, Bai Pietro, Ballerio Giovanni, Secchi Alberto, Alziator Cesare.

IV Riunione annuale internazionale di Neurologia.

Avrà luogo nei giorni 8 e 9 giugno nell'Anfiteatro della Scuola della Salpêtrière a Parigi. È in discussione il tema sulle «Compressioni midollari».

Unione internazionale contro il pericolo venereo.

Si è costituita una Unione internazionale contro il pericolo venereo, a Parigi. A presidente fu eletto il prof. Bayet, della Lega Nazionale Belga contro il pericolo venereo; a vice-presidente, per l'Italia, è stato chiamato il prof. Ettore Levi.

Nella prima riunione è stato concretato il programma d'azione per una lotta efficace.

Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il convegno annuale della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi avrà luogo nei giorni 28, 29, 30 giugno e 1° luglio p. v. a Venezia, iniziandosi alle ore 15 del 28 nell'aula

dell'Ateneo Veneto. Gli enti federati sono pregati di inviare la propria adesione prima del 30 maggio p. v. alla Segreteria (Via Toscana, 12, Roma).

Oltre le comunicazioni della Presidenza, oltre le proposte di alcune modificazioni allo Statuto e l'esame dello schema del regolamento della Federazione, a Venezia, saranno trattati i seguenti argomenti: Proposta della istituzione di una sezione scientifica nella Federazione per lo studio dei problemi pratici di patologia e di terapia della tubercolosi, relatore U. Carpi; Riordinamento delle provvidenze per la tubercolosi di guerra in relazione con la tubercolosi civile, relatore A. Fagiuoli; Programma di organizzazione provinciale di lotta antitubercolare, relatore C. Chiglione; L'evoluzione dell'idea sanatoriale ed il lavoro dei tubercolosi, relatore G. B. Roatta; La difesa sociale antitubercolare regionale, relatore G. Ronzoni; Piano di propaganda educativa antitubercolare nazionale, relatore A. Signorelli; La funzione della pubblica beneficienza e la funzione dello Stato nell'organizzazione della lotta antitubercolare, relatore V. Fici; Scopi e mezzi in atto presso il comune di Milano nel campo della lotta antitubercolare, relatore Salvini; La lotta antitubercolare in provincia di Palermo, relatore Fici. Altre comunicazioni varie sulle condizioni della lotta contro la tubercolosi nelle provincie e nei comuni.

Ogni rappresentante dovrà essere munito della regolare delega dell'Ente federato che lo invia al convegno.

Gli intervenuti potranno fare le comunicazioni che riterranno opportune, tanto sui temi trattati dai relatori, quanto su altri argomenti riguardanti la lotta antitubercolare, tenendo la parola non oltre i dieci minuti; di tali comunicazioni dovrà essere presentato, prima della seduta, un riassunto all'Ufficio di segreteria.

III Congresso dei Pediatri di lingua francese.

Si terrà nel settembre 1923 a Bruxelles, ove è sorta da poco una Società di Pediatria presieduta dal dott. Péchèvre.

Sono stati posti all'ordine del giorno i seguenti argomenti: 1) la pneumococcemia nell'infanzia; 2) Diagnosi e cura dell'occlusione intestinale; 3) Cura dei ragazzi anormali.

Presidente del Comitato organizzatore è il dottor Péchèvre; segretario ne è il dott. Delcourt.

La lotta antimalarica in Dalmazia.

Il prof. Mühlens dell'Istituto di Medicina Tropicale di Amburgo è stato nuovamente chiamato dal Governo jugoslavo per organizzare la campagna antimalarica nella Dalmazia, ove egli si è recato il 25 aprile.

(*Münch. Mediz. Wochens.*, 4 mag. 1923).

Conferenze.

Il sen. E. Maragliano ha tenuto nell'Università di Palermo una conferenza sulla lotta antitubercolare.

Il prof. Colombini, rettore dell'Università di Modena e ordinario di Clinica dermosifilopatica, ha tenuto in quella città una conferenza su «L'igiene della bellezza nel campo dermatologico».

Viaggio di medici alle stazioni termali.

Come fu pubblicato, dal 25 giugno al 6 luglio avrà luogo il secondo Viaggio d'Istruzione per Medici alle Stazioni Termali (V. I. M.), organizzato dall'E.N.I.T.

Gli iscritti al viaggio sono già numerosissimi; ma per aderire al desiderio manifestato da molti medici, la chiusura delle iscrizioni ai posti ancora disponibili è prorogata al 30 maggio. Le domande vanno rivolte all'Ente Nazione per le Industrie Turistiche, via Marghera 6, Roma (21).

Per l'invio di materiale patologico.

È stata deliberata dal Consiglio dei Ministri la esenzione della tassa postale per invio di campioni senza valore raccomandati di materiale patologico e da sottoporre ad esame batteriologico, allo scopo di agevolare l'azione profilattica contro le malattie infettive.

Elargizioni.

Il Ministro del Lavoro, Stefano Cavazzoni, ha elargito la somma di L. 10,000 all'«Associazione Amici del Sanatorio Popolare Umberto I» in Prasomaso, per onorare la memoria della sua defunta Consorte, che alcuni anni sono fu ospite dell'Istituto ed ebbe a svolgervi, a pro degli ammalati bisognosi, un'opera amorosa di assistenza, di cui tuttora permane grato ricordo.

* * *

Il prof. G. Stradiotti, nominato dirigente del Dispensario antitubercolare di Lodi, ha indirizzato al Sindaco di Lodi una lettera con cui rinunzia allo stipendio nell'intento che la somma corrispondente sia destinata al maggior incremento della rinascente istituzione cittadina.

Astanteria medica in Torino.

Il 5 maggio, alla presenza delle Autorità cittadine, fu solennemente inaugurata a Torino una *Astanteria Medica*, sorta per iniziativa del dott. prof. Enrico Martini. La nuova istituzione sanitaria sorge alla Barriera di Milano, località di Torino assai popolosa, ove maggiormente si sentiva simile necessità, essendo priva di qualsiasi assistenza ospedaliera. Il prof. Martini è stato vivamente encomiato per la coraggiosa iniziativa.

Grave infortunio del prof. Filè-Bonazzola.

L'8 maggio il prof. A. Filè-Bonazzola, presidente della Federazione dei Medici liberi professionisti, in vicinanza di Biella fu vittima di un grave incidente automobilistico: riportò fratture gravi e commozione cerebrale. Venne trasportato all'ospedale di Biella, ove rimase ricoverato.

Auguri cordialissimi che egli possa presto riprendere in pieno la sua attività.

Studentesse di Medicina in Germania.

Nel 1922 le studentesse di medicina in tutte le Università germaniche furono 77, oltre a 159 in dentisteria. Dal 1913 al 1917 si ebbe un aumento progressivo delle iscrizioni femminili; dal 1918 è subentrata la discesa. La percentuale, rispetto ai maschi, è ora del 9.7 per cento.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 12 feb. — V. PALMIERI. Nuova reazione cutanea nella tbc. della pelle. — L. LENAZ. Rapporto fra pressione sanguigna e numero dei globuli rossi.

Presse Méd., 7 feb. — L. MARCHAND. Epilessia e paralisi generale.

Boston Med. a. Surg. Journ., 25 gen. — J. BRYANT. La convalescenza.

Rev. de Hig. y Tuberc., 31 dic. — I. I. SÁNCHEZ. Come e perchè passa inavvertita la tbc. renale.

Medicina Ibera, 3 feb. — C. GALICA. La semiologia mentale normale e patologica.

Brazil-Medico, 6 gen. — L. R. FILHO. Il sistema di Taylor in chirurgia.

Bull. Ac. Méd., 30 gen. — A. ROBIN. Il fermento canceroso.

Wien. Klin. Wochens., 8 feb. — E. SCHWARZ. Struttura e funzioni dei reni.

Deut. Mediz. Wochens., 9 feb. — SCHOTTMÜLLER. Sul trattamento della aortitis luetica. — J. L. A. PEUTZ. La pancreolitiasi.

Münch. Mediz. Wochens., 26 gen. — A. BIER. Alcuni problemi fondamentali della nutrizione. — G. DEUTSCH. Stitichezza tireogena.

Riforma Med., 19 feb. — L LATTES. La dimostrazione biologica della paternità. — A. DE MARTINI. Deviazioni tracheali nella tbc. polm.

Med. Ibera, 10 feb. — BASTERRA. Neurite ottica bilaterale acuta curata con la puntura del 3° ventric. attraverso il c. calloso.

Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 31 dic. — G. PELLACANI. Le lacune di disintegrazione nell'arteriosel. cerebr. — G. PAOLI. Mancanza completa del c. calloso.

Riv. Ospedaliera, 15 gen. — E. PIRONDINI. Cistografia nel prostatismo.

Archivi.

Nederlandsch Tijdschrift voor Genceskunde, 1922, n. 24. — P. H. KRAMER. Megalosplenia familiare.

Id., n. 25. — S. MENDES DA COSTA. Sifilide dei vasi cutanei. — J. KUIPER. Azione delle malattie infettive sul cuore e sui vasi. — J. DE BRUIN. Rumori cardiaci accidentali nei bambini.

Id., n. 26. — J. SUAPPER e A. GRÜNBAUM. Diminuita secrezione e diminuita sintesi di acido ippurico nella sclerosi renale. — S. VAN NIEL SCHUUREN. Drenaggio lombare continuo.

Id., n. 27. — B. VAN LIER. Sui dolori misconosciuti dell'intestino crasso.

Annali d'Igiene, dic. — G. PECORI. L'immunità antidifterica nell'età senile.

Journ. Nerv. a. Ment. Disease, feb. — K. PETRÉN e L. BRAHME. Immobilizzazione totale postencefalitica degli arti da ipertonia. — M. A. HOWARD. Sindrome cerebellare somigliante la sclerosi multipla.

Arch. de Cariol. y Hematol., gen. — G. F. NICOLAI. Il doppio funzionamento del cuore; critica della teoria miogena.

Giorn. di Clin. Med., 10 feb. — H. SCHLOSSBERGER e L. BONACCOSSI. Reazione dei terreni di coltura e sviluppo dei germi. — U. GABBI. Tumore cerebrale.

Archivos de Med., ecc., 17 feb. — S. RAMON Y CAJAL. Alla Reale Accademia Nazionale di Medicina. — G. DARGALLO. Rapporti tra influenza umana e pastereullosi.

Annales de l'Institut Pasteur, gen. — C. LEVADITI e S. NICOLAU. Ectodermosi neurotropa; studi sul vaccino.

Annales de Med., feb. — L. BARD. Patogenesi del cancro e lotta anticancerosa. — G. MARANON e E. CARRASCO. Valore clinico del metabolismo basale.

Indice alfabetico per materie.

Alcalini: limitazioni nell'uso . . . . *Pag.* 710
Anastomosi deferenziale . . . . . . » 698
Arsenobenzolo: raro accidente da — . . » 690
Bacino: dilatazione permanente . . . » 705
Bibliografia . . . . » 702
Borborigmi gastrici: genesi e cura . . » 709
Cancro: il — . . . . » 692
Dimissioni: dichiarazione di — per volontario abbandono dall'ufficio . . . » 712
Fondazione Rockefeller . . . . . . » 710
Gastro-enteroanostomie: sul cosidetto circolo vizioso consecutivo . . . . . . » 699
Gotta: idee e lavori recenti . . . . » 698
JENNER Ed.: biografia . . . . . . » 696
Malaria nella questione meridionale . » 700
Meningiti pseudo-cistiche della convessità in seguito ad otite . . . . . . » 708
Mioclonia di Unverricht: contributo clinico . . . . *Pag.* 686
Nomine: norme . . . . » 713
Ostetricia e ginecologia: comunicazioni varie . . . . » 707
Paralisi laringea da alcool . . . . . » 709
Paralisi facciale con zoster . . . . . » 709
Pigmenti biliari: determinazione quantitativa nelle orine . . . . . . » 682
Sanzioni disciplinari: graduazione delle pene . . . . » 713
Sterilità nella donna secondo le moderne vedute . . . . » 703
Ufficiali sanitari provvisori: disposizioni transitorie per la nomina a definitivi » 711
Ulcera gastrica perforata: trattamento . » 710
Ulcere della lingua: diagnosi differenziale . . . . » 708

Roma, 1923 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi. ed. resp

☞ ***Nostre edizioni pei Signori abbonati al « Policlinico »:***

Dott. Cav. Uff. ALBERTO VIGO (Doctor Justitia)

LA LEGISLAZIONE SANITARIA
:: in rapporto all'esercizio professionale ::

(Manuale contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica).

N.B. - Coloro che intendono non restare sprovvisti di questa veramente utile opera compilata dal nostro compianto redattore, in seguito alle insistenti premure ricevute dai lettori del « Policlinico », debbono affrettarsi perchè l'edizione volge al termine. Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **12.50** in porto franco.

Dott. MARIO FLAMINI
Medico nel Brefotrofio Provinciale,
assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma
Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia.

Manuale di Pediatria Pratica
(Seconda edizione)

Volume in-8, di pag. VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — In commercio L. **20**, ma per gli associati al « Policlinco » sole L. **16.50** franco di porto.

Prof. FRANCESCO VALAGUSSA
Medico della Famiglia Reale, Direttore e Primario del Preventorio per latanti « E. Maraini ». Medico primario nell'Ospedale infantile « Bambino Gesù ». Docente di Clinica pediatrica nella R. Università di Roma.

Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile

Terza edizione
completamente rifatta e notevolmente ampliata
Prefazione di **AUGUSTO MURRI**

Un volume in-8, di pag. VIII-488, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. Prezzo L. **36.** Per i nostri abbonati sole L. **30.75.**

Prof. dott. GIOACCHINO FUMAROLA
Docente e primo aiuto nella Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Roma.

Diagnostica delle Malattie del Sistema nervoso

Prefazione e due capitoli
del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI

Un volume in-8 di pag. VIII-352, in carta di lusso, nitidamente stampato, con 175 figure quasi tutte originali intercalate nel testo e 8 tavole, fuori testo, a colori. **Parte Generale** Prezzo L. **42.** Per i nostri abbonati sole L. **36.**

☞ *Di imminente pubblicazione la Parte Speciale.*

Prof. dott. LEONARDO DOMINICI
Libero docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università.
Chirurgo Primario negli ospedali di Roma

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume di pag. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure, molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo.

In commercio L. **42.** Per i nostri abbonati sole L. **36** in porto franco.

Prof. **LUIGI FERRANNINI** della R. Università di Napoli

La Terapia Clinica nella Medicina Pratica

Indicazioni-Prescrizioni
igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche.

Un grosso volume di pag. VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del « Policlinico » nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58.** Per i nostri abbonati sole L. **50.**

Prof. CARLO BASILE
Diplomato in medicina tropicale al Royal, College of Phisicians y Surgeons (Londra) - Libero docente in Parassitologia - R. Clinica Medica di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del prof. **VITTORIO ASCOLI**
Direttore della R. Clinica Medica di Roma.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del « Policlinico », di pag. XII-262, stampato su carta semipatinata con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo **L. 33.** Per i nostri abbonati sole L. **28** in porto franco.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI
Dirigente il reparto di igiene applicata
nell'Istituto sperimentale delle F.F. S.S. in Roma.

Prontuario dell'igienista

Prefazione del Prof. GIUSEPPE SANARELLI
Direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma.

Manuale compilato con criteri eminentemente pratici ad uso dei medici condotti, degli ufficiali sanitari e di tutti i funzionari addetti alla vigilanza igienica.

Un volume in-8, di pag. XVI-564, stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici e rilegato artisticamente in tutta tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **52.** Per gli abbonati al « Policlinico » sole L. **45**, franco di porto.

Dott. Prof. A. ROMAGNA MANOIA
Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma

I disturbi del sonno e loro cura.

Prefazione del **Prof. GIOVANNI MINGAZZINI**
Direttore della R. Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma

Un volume in-8, di pagine VIII-196, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. — In commercio L. **18** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole L. **15.75** in porto franco.

Prof. Dott. DARIO MAESTRINI
Docente di Fisiologia nella R. Università di Roma

Cardiografia ed Elettrocardiografia Angiografia

Prefazione del Prof. S. BAGLIONI
Direttore dell'Istituto di Fisiologia nella R. Università di Roma

Un volume in-8, di pag. VIII-168, nitidamente stampato su carta semipatinata con 64 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **20.** Per i nostri abbonati sole L. **16.75** franco di porto.

Monografie medico-chirurgiche:

Dott. Prof. ACHILLE CAPOGROSSI
Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Medico Primario e Direttore
dell'Ospedale Civile « Mazzoni » di Ascoli Piceno

Concetto e diagnostica della Tisi iniziale.

Un volume in-8, di pag. IV-83, nitidamente stampato su carta distinta, con elegantissima copertina, L. **10.** Per i nostri abbonati, sole L. **8.50.**

Dott. Prof. GUIDO MENDES
Docente di Patologia Medica nella R. Università di Roma
Direttore del Sanatorio della C.R.I. « Cesare Battisti »

Tubercolosi e Sanatori.

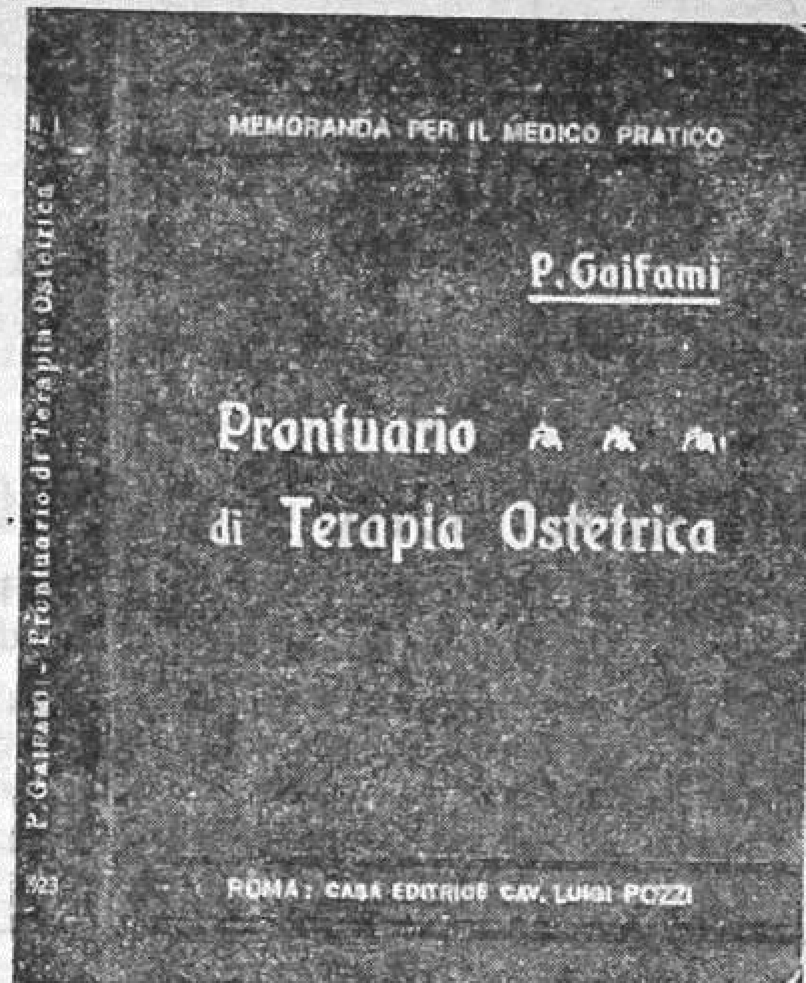
(Trattamento igienico-dietetico)
Prefazione del **Prof. Sen. A. LUSTIG.**

Un volume in-8, di pag. IV-72, con 15 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata e con elegantissima copertina. Prezzo L. **10.** Per i nostri abbonati sole L. **8.50.**

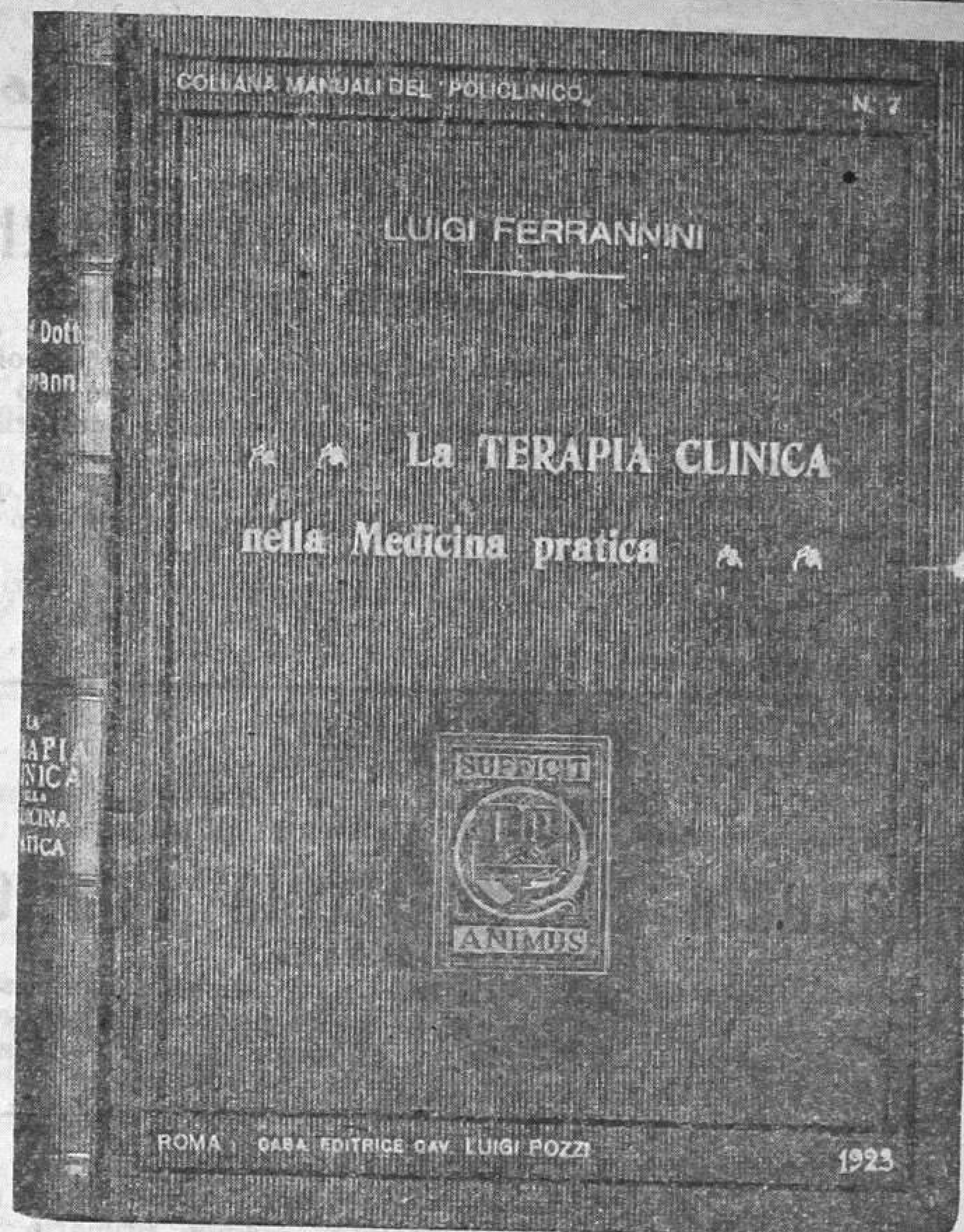
Per ricevere quanto sopra inviare il relativo importo mediante cartolina vaglia al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina, Num. 14 — ROMA

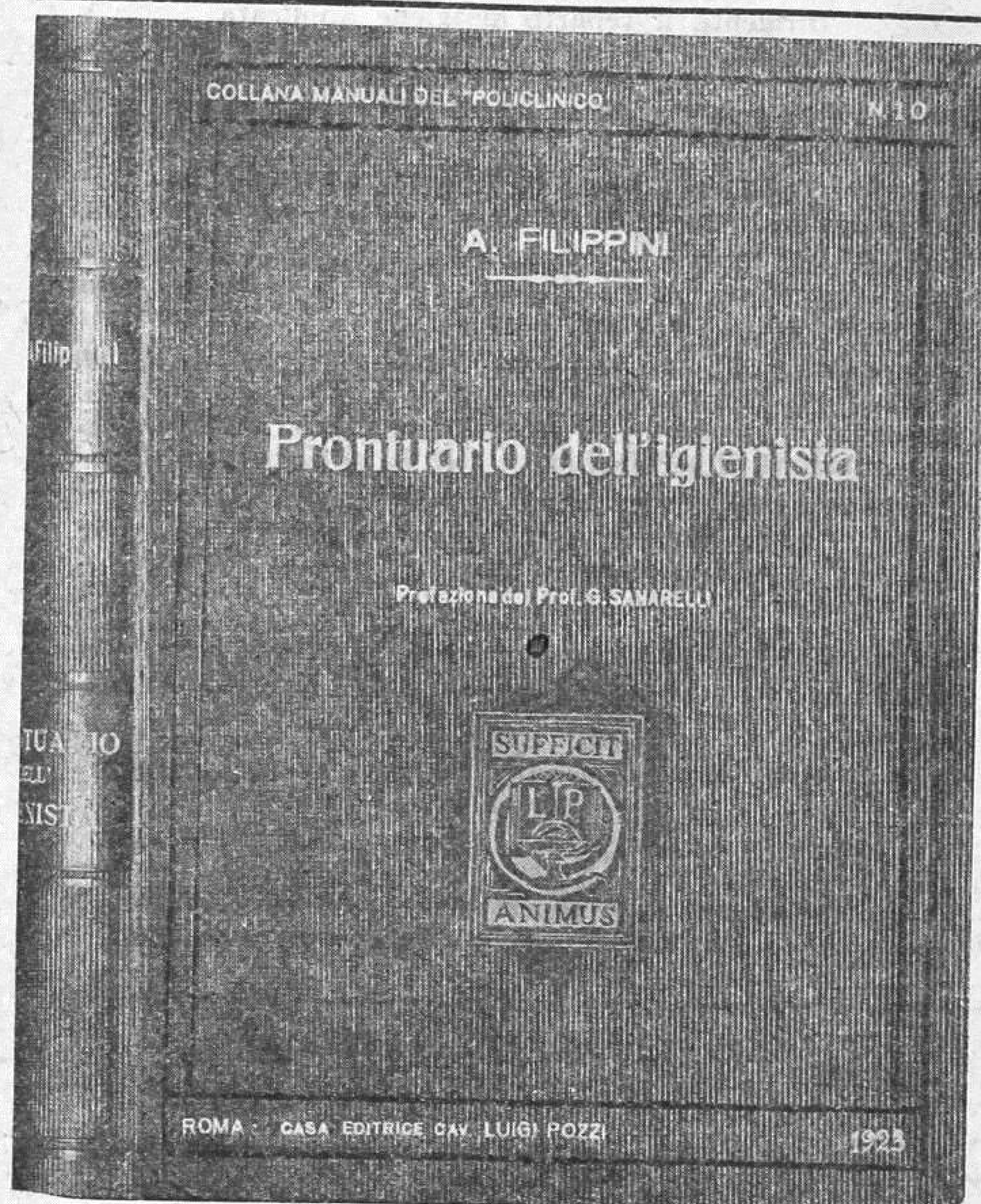
Fac simili delle nostre edizioni rilegate in tela

A circa un terzo del vero



Prezzo L. 18 franco di porto
Per gli abbonati al "Policlinico" L. 15.60

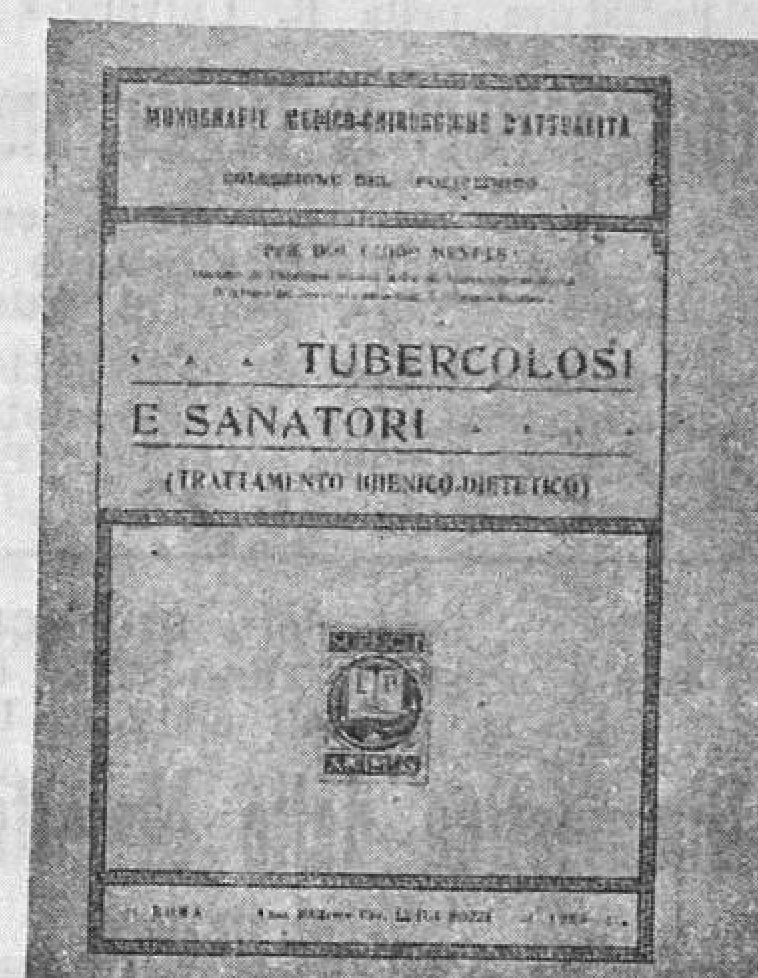




A circa un terzo del vero

Fac simili delle nostre edizioni in brochure

A circa un quinto del vero





A circa un terzo del vero



Per i relativi prezzi, vedi a pagina precedente

ANNO XXX Roma, 4 giugno 1923 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: E. Periti: Lo schema di Arneth nella leucocitosi da processi suppurativi.

Note e contributi: A. Rosica: Sierovaccinoterapia nella congiuntivite gonococcica.

Osservazioni cliniche: L. Tiberio: Sopra un caso di meningite così detta sierosa.

Apparecchi e strumenti nuovi: G. Bottaro: Una modificazione all'apparecchio ordinario per la proctoclisi.

Commenti: S. Corinaldesi: Sul pneumo-torace Forlanini. — E. Curti: A proposito di intasamento dell'ago durante la cura col pneumotorace Forlanini.

Divagazioni: La concezione fondamentale della biologia.

Sunti e rassegne: Urologia: Fullerton: I dolori renali. — Quénu: L'importanza della costante nella nefrectomia. — E. Papin: L'atrofia della prostata. — W. Irwin: Cause e trattamento dell'incontinenza d'urina.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: XXII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. — Il Congresso di Idrologia a Palermo. — Ordini del giorno su questioni sociali al XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Appunti per il medico pratico: Semeiotica: L'importanza diagnostica della emianopsia. — Sulla funzione di alcune radici dorsali motrici. — Casistica e Terapia: Sifilografia: La leucoplasia. — La sifilide osteo-articolare. — Morbo di Addison di origine sifilitica. — Le dermatosi mercuriali. — L'apoplessia sierosa da arsenobenzoli. — Il pericolo delle iniezioni endomuscolari di arsenobenzoli. — Note di medicina scientifica: Sul potere riducente del liquido c. r. e sulle sostanze che lo determinano. — Posta degli abbonati. — Varia:

Politica sanitaria e giurisprudenza: La riorganizzazione dei servizi igienico-sanitari del Regno. — Questioni pratiche.

Nella vita professionale: Pangloss: La sede del Monumento al Medico caduto in guerra. — Concorsi. — Medicina sociale.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

RR. Ospedali Riuniti di Firenze.
Turno medico diretto dal prof. G. Garin.

Lo schema di Arneth nella leucocitosi da processi suppurativi.

Dott. Periti Enrico, assistente ordinario.

Quando l'organismo deve mettere in circolo un numero considerevole di leucociti e in grande prevalenza granulociti neutrofili, questi per lo sforzo che l'elemento mieloide compie, presentano una fisonomia che si scosta dalla norma.

È noto il significato che ha dato Arneth alla variabilità del numero dei nuclei dei granulociti neutrofili. Questo autore ha distinto nei neutrofili un nucleo ad uno, due, tre, quattro e cinque lobi. Normalmente sono più numerosi quelli a due e tre lobi; se invece prevalgono quelli ad uno e a due, si ha deviazione verso sinistra, e ciò ha il significato di maggiore gioventù dei polinucleati, che si avvicinano di più al mielocito. Viceversa, quando prevalgono quelli a tre, quattro e cinque lobi, è indizio di maggiore vecchiezza dei leucociti e tale deviazione verso destra indica una minore attività del midollo osseo.

L'Arneth sostituisce alle antiche espressioni di normoleucocitosi, iperleucocitosi e ipoleucocitosi, quello di iso ed anisonormoleucocitosi, di iso ed anisoiperleucocitosi, e di iso e anisoipoleucocitosi, intendendo per isoleucocitosi il normale aggruppamento delle varie forme di leucociti neutrofili e per anisoleucocitosi la condizione opposta.

Nelle malattie in cui la leucocitosi dei neutrofili è più intensa e l'attività del midollo è più violentemente eccitata, sono i primi gruppi di leucociti, comprendenti le forme più gio-

vani, che aumentano a spese degli ultimi, per cui secondo Arneth, l'anisoipoleucocitosi rappresenta la più grave forma di risentimento del sangue e si avvera nelle più gravi affezioni, ed all'anisoipoleucocitosi segue, per la gravità del significato prognostico, l'anisonormoleucocitosi, e poi l'anisoiperleucocitosi, mentre la isoiperleucocitosi esprime la reazione neutrofila più favorevole.

Per ciò che riguarda la presenza dei mielociti neutrofili alla periferia, c'è da notare che se essi si accompagnano a polinucleosi indicano il tumultuario formarsi di polinucleati nel midollo, al punto da buttare in circolo elementi ancora immaturi. Invece i mielociti, che compaiono dopo che non si riscontra più una polinucleosi, stanno ad indicare un esaurimento del midollo, che non riesce a maturare le sue cellule bianche, e nelle malattie infettive in cui tale fenomeno si verifica, esso ha un cattivo significato prognostico ed esprime, secondo Arneth, il grado della leucolisi delle cellule mature.

Io ho voluto studiare da questo punto di vista la formula leucocitaria in casi di processi suppurativi in genere.

I casi da me studiati si riferiscono a flemmoni più o meno estesi degli arti o di altre parti del corpo, ascessi a localizzazione peritoneale, empiemi, un caso di ascesso epatico, ed uno di parotite grave che fu sul punto di essere causa di morte del paziente. Ordinariamente ho colorato secondo il metodo May-Grunwald-Giemsa.

I risultati sono riassunti nella seguente tabella:

TAVOLA RIASSUNTIVA.

Numero d'ordine	Diagnosi	Leucociti	Polinucleati	Polinucleati: Con nucleo a 1 lobo	2 lobi	3 lobi	4 lobi	5 lobi
1	Flemmone avambraccio	16500	88%	7	45	30	20	3
2	Empiema	35000	94%	14	51	33	1	1
3	Empiema	32000	91%	12	50	29	5	4
4	Ascesso epatico. . .	36000	92%	14	45	35	1	5
5	Ascesso peritoneale	40000	95%	23	57	13	3	4
6	Flemmone piede. .	17000	86%	6	40	34	18	2
7	Parotite grave . . .	38000	93%	16	50	28	5	0
8	Flemmone mano. .	12000	83%	2	42	36	16	4
9	Empiema	37000	91%	10	52	30	5	3

In tutte queste osservazioni, senza eccezione, il numero dei globuli bianchi è stato molto maggiore della norma (20,000, 30,000 e perfino a 40 o 50,000 per millimetro cubo). I rapporti fra i varii globuli bianchi hanno dato l'enorme preponderanza dei polinucleati neutrofili, nei quali, facendo la classificazione secondo gli schemi suggeriti da Arneth, ho trovato sempre una netta deviazione verso sinistra, variabile da caso a caso. In genere tale deviazione era tanto più spiccata verso sinistra quanto più grave era il processo suppurativo e maggiore la polinucleosi neutrofila. I gradi maggiori si sono avuti negli empiemi e negli ascessi a localizzazione peritoneale.

Il caso di parotite grave, che, ripeto, fece temere per la stessa vita, presentò un reperto ematologico e uno schema di Arneth simile a quello delle suppurazioni delle grandi sierose. Questo caso, nonostante la sua gravità, come gli altri che ho studiato, hanno avuto tutti esito felice, quindi i reperti ematologici anzidetti parrebbero dover avere un significato prognostico non sfavorevole.

Dalla osservazione delle varie formule ematologiche si può dedurre che in esse, dove è maggiore la leucocitosi e la polinucleosi neutrofila, la formula di Arneth è maggiormente spostata verso sinistra; questo fatto può confermare il concetto che il midollo delle ossa nella iperproduzione di elementi bianchi metta in circolo elementi giovani e vicini, per i caratteri, ai mielociti.

Debbo inoltre notare che dove la formula di Arneth è maggiormente deviata verso sinistra, i granulociti a un solo lobo nucleare presentano questo a ferro di cavallo, sì da ricordare forme metamielocitiche a protoplasma basofilo, con scarse e qualche volta senza granulazioni; questi globuli bianchi sono numerosissimi dove esiste maggiore produzione di leucociti (suppurazioni gravi o delle grandi sierose).

Dati di questo genere, secondo le mie ricerche almeno, sembrano avere per il prognostico un significato meno grave di quello che non reputasse Arneth, anzi abbastanza favorevole, se si tiene conto che l'ho riscontrato in casi, che pur presentando una grave sintomatologia, hanno avuto tutti esito in guarigione.

Ringrazio vivamente il prof. Oscar Marchetti, alla cui gentilezza debbo l'osservazione dei casi che mi sono serviti in questo lavoro.

BIBLIOGRAFIA.

1. ARLOING e BRISSAUD. *Signification prognostique de formule d'Arneth dans la tbc. polmonaire*. Gazette des Hôpitaux, 1913, numero 62.
2. BERSANI. *Lo schema di Arneth*. Policlinico, Sez. pratica, 1921, n. 19.
3. CHALIER et ROUTABOUL. *Contribution à l'étude des éléments figures tbc*. Journal des phisiologie e de patologie générale, 1912.
4. DADDI. *Sul valore pratico delle formule istologiche del sangue*. Rivista critica di clinica medica, 1905, n. 20.
5. DUPERIE. *Les globules blancs*. La Presse médicale, 1911, n. 91.
6. MARI. *Sulla vitalità dei globuli bianchi del sangue*. Policlinico, Sez. Med., 1905, numeri 5, 6, 7.
7. MICHELI. *Sulla leucogenesi nella leucocitosi protratta*. Morgagni, 1907, n. 7.
8. TOZZI. *Sulle alterazioni morfologiche dei leucociti*. Policlinico, Sez. Medica, 1908, n. 1.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sierovaccinoterapia nella congiuntivite gonococcica

per il dott. ALFREDO ROSICA (Chieti).

L'appello lanciato recentemente dal gruppo medico parlamentare al governo ed al paese perchè siano adottate le misure atte a prevenire i danni prodotti da quella terribile malattia che è la congiuntivite purulenta dei neonati sta a dimostrare che dopo tanti anni da quando il Credè indicò un metodo efficacissimo di profilassi della forma più grave di congiuntivite, questa rappresenta ancora un pericolo per l'umanità ed una delle principali cause di perdita della vista (circa il 20 % dei casi). Quale il motivo?

Come è noto, il metodo del Credè consiste nell'instillare nel sacco congiuntivale d'ogni neonato una goccia d'una soluzione di nitrato d'argento al 2 % e tale misura profilattica ha ridotto la frequenza della congiuntivite gonococcica allo 0.1-0.2 % nelle sale di maternità, ove essa è stata universalmente adottata. Fra i privati, invece, e tanto nelle classi agiate quanto nelle povere, la profilassi del Credè è assai trascurata sia per l'ignoranza di molte levatrici, sia, e sopratutto, per l'opposizione che incontra da parte delle madri, le quali inorridiscono all'idea dell'instillazione di un caustico (per quanto diluito) negli occhi dei loro teneri bambini.

E frattanto i casi di congiuntivite purulenta dei neonati continuano ad esplodere con frequenza ed anche le infezioni gonococciche della congiuntiva degli adulti, quantunque fortunatamente più rare, contribuiscono ad aumentare l'atroce statistica della cecità acquisita.

Bisogna, pertanto, — e mentre si attende che per la prima di tali forme di congiuntivite blenorragica venga stabilita per legge l'obbligatorietà della profilassi — intensificare la cura dell'affezione in atto associando ai rimedii chimici, di mediocre efficacia, un trattamento biologico basato sulle scoperte del Pasteur e del Behring relative ai poteri di immunità attiva e passiva dell'organismo contro le infezioni, introducendo, cioè, nella terapia l'applicazione del siero o del vaccino specifico.

Questo progresso terapeutico è tanto più necessario quanto meno sono sviluppate la coscienza igienica e l'educazione sociale di un popolo, che rappresentano le condizioni indispensabili per l'efficace attuazione delle norme di profilassi collettiva.

Nè si dica che il maggior ostacolo alla diffusione dei nuovi rimedii consiste nel misoneismo o nell'apatia dei medici pratici, molti dei quali, invece, sono proclivi ad esperimentare i più inconsueti prodotti terapeutici: la diffidenza e il disorientamento sono in realtà causati sopratutto dai risultati diversi o in apparenza contradittorii ottenuti dall'uso dei varii sieri e vaccini, quantunque essi poggino sulla stessa base scientifica. Così nel mentre è riconosciuta da tutti l'efficacia curativa dei sieri antidifterico, antitetanico e antidissenterico, lo stesso non può dirsi di quello anticolerico e nemmeno dell'antitifico o dell'antipneumococcico.

E come meravigliarsi dello scetticismo del medico pratico su alcune applicazioni curative o profilattiche della sierologia, quando dopo oltre un secolo di successi prodigiosi ottenuti dalla vaccinazione jenneriana contro il vaiolo assistiamo ad un tentativo da parte di igienisti nordici per disconoscerne l'importanza mentre invece occorrerebbe solo disciplinarne razionalmente l'uso?

È, quindi, necessario che i sierologi ed i cultori di tutte le branche della medicina uniscano i loro sforzi per compiere un processo critico di chiarificazione delle teorie relative all'azione curativa e preventiva degli svariati sieri e vaccini, offrendo al medico pratico dei risultati inoppugnabili e concreti.

In tal modo anche in questo campo di ricerche la verità potrà farsi strada sicuramente.

Con questo intento mi sono occupato della immunoterapia della congiuntivite dei neonati e degli adulti.

I primi tentativi di sieroterapia della congiuntivite blenorragica vennero eseguiti nel 1908 dal Gilbert, il quale usò — in otto casi di congiuntivite gonococcica — il siero normale fresco di bue per instillazioni nel sacco con-

giuntivale eseguite ogni due ore, ritenendo che il siero stesso, assai ricco di *opsonine*, esercitasse un'azione stimolante sull'attività fagocitaria dei leucociti. Egli riconobbe l'efficacia della cura sull'andamento della malattia, ma le sue conclusioni non furono confermate dalle prove successive ed è quindi, giustificata l'opinione che i beneficii riscontrati fossero dovuti più all'azione detersiva dei frequenti lavaggi che al potere battericida del siero.

Poco dopo (1909) il Gallenga sperimentò una terapia paraspecifica della congiuntivite blenorragica con lo stesso mediocre risultato.

Successivamente il Colombo curò nella Clinica Oculistica di Parma, con siero antigonococcico polivalente, 10 casi di congiuntivite blenorragica (8 dei neonati e 2 degli adulti). Egli espresse il convincimento che « il siero antigonococcico è un mezzo che può essere molto efficace nella difficile e spesso inane terapia della congiuntivite gonococcica ». Ed aggiungeva: « i risultati più evidenti che si ottengono (cioè la remissione rapida dei sintomi infiammatori) sarebbero dovuti specialmente alle qualità antitossiche del siero, il quale tuttavia ha un'azione anche sul gonococco ed agirebbe attenuandone rapidamente la virulenza ».

Il prof. Gallenga in un suo articolo pubblicato nella *Pratica Oculistica* il 1914, confermò tale giudizio.

Il Colombo riconosceva, però, che le sue osservazioni, scarse di numero e riguardanti quasi esclusivamente le manifestazioni della congiuntivite gonococcica nei neonati, non gli permettevano di trarre delle conclusioni generali.

Durante l'ultima guerra la congiuntivite purulenta provocata con l'inoculazione nel sacco congiuntivale di pus blenorragico assunse nel nostro esercito (e verosimilmente anche negli altri eserciti belligeranti poichè rappresentava un tentativo *d'imboscamento* delle classi povere mentre i ricchi preferivano esibire un elegante cardiopalmo o delle voluminose varici emorroidarie) una diffusione quasi epidemica, tanto che nei primi mesi del 1917 ebbi modo di curare nel reparto Oculistico dell'Ospedale Militare di riserva di Treviso, da me diretto, e successivamente in quelli di Firenze e di Roma, una cinquantina di militari autolesionisti affetti da congiuntivite gonococcica (batteriologicamente controllata), nessuno dei quali presentava manifestazioni di uretrite blenorragica e, pur appartenendo a Corpi diversi, provenivano in grandissima maggioranza dagli stessi distretti di reclutamento (Girgenti, Caltanissetta, Catania, Palermo).

Su quarantacinque casi accuratamente seguiti 16, vennero trattati, — oltre che mediante il metodo classico consistente in pennellature delle congiuntive palpebrali con soluzione di nitrato d'argento al 2 % e lavaggi frequentissimi, — con instillazioni di siero antigonococcico nel sacco congiuntivale, e 29 con iniezioni ipodermiche di vaccino specifico. Come controllo e termine di confronto tenni i numerosi casi di congiuntivite gonococcica curati con soli preparati chimici precedentemente nell'Ambulatorio della Clinica Oculistica di Roma.

Nei primi quindici casi, pur osservando una remissione dei sintomi infiammatorî (edema palpebrale, chemosi, secrezione purulenta) non riscontrai tuttavia una notevole efficacia sull'andamento dell'affezione in confronto dei malati curati con sole pennellature di nitrato d'argento; ed anche le complicazioni corneali furono frequenti. Nè è da meravigliarsi dello scarso beneficio prodotto dal siero usato per instillazioni quando si pensi al brevissimo tempo in cui necessariamente esso restò a contatto con la mucosa infiammata, venendo subito eliminato dall'abbondante lacrimazione e dall'essudato purulento che sgorgava a getto continuo dalla rima palpebrale. Qualche sierologo, poco esperto di malattie oculari, ha proposto che il siero venga inoculato al disotto della congiuntiva bulbare, ma, se le iniezioni sottocongiuntivali non riescono di danno quando la congiuntiva è in condizioni normali, diversamente accade quando vi è chemosi infiammatoria: in questo caso, infatti, si determina intorno alla cornea la formazione di un cercine congiuntivale che produce facilmente l'ulcerazione della membrana cheratica, sia agendo meccanicamente e determinando cioè ischemia vasale con grave danno della nutrizione della cornea, sia costituendo un nido per i germi che alla loro volta agiscono macerando la cornea e producendo una trombosi settica dei vasi del cerchio pericheratico.

Recentemente lo Stérian ha usato il siero antigonococcico per iniezioni ipodermiche ed il Costantinescu che ne ha fatto esperienza in 32 casi afferma che tale siero, introdotto nell'organismo per via ipodermica, riesce efficace nella congiuntivite gonococcica come il siero di Behring nella difterite. Queste conclusioni hanno, però, bisogno di essere confermate tenendosi anche presenti i risultati della sieroterapia nelle altre complicazioni dell'infezione blenorragica e cioè che la sua efficacia è considerevole nelle forme chiuse (sopratutto artrite e setticemia) mentre lo è quasi affatto nelle localizzazioni aperte (uretrite blenorragica).

Diverso fu il risultato della inoculazione del

vaccino antigonococcico in 29 casi di congiuntivite blenorragica degli adulti.

I vaccini antigonococcici furono preparati in gran numero, specie dopo le esperienze vaccinali del Wright e tra i primi e più noti ricorderò quello del Copelli (1912) in Italia, di Nicolle e Blaizot in Francia.

Questi due ultimi sierologi lanciarono nel 1913 un vaccino antigonococcico atossico che fu chiamato *Dmégon* e che venne dagli autori sperimentato con eccellente risultato in 24 casi di congiuntivite purulenta ed in altri numerosi di uretrite gonococcica e di complicazioni di tale malattia (reumatismo articolare ed orchiepididimite).

L'efficacia del vaccino (polivalente) fu confermata dalle esperienze sucessive di Cuénod e Penel (26 casi di congiuntivite blenorragica) e di Offret (32 casi); mentre altri tentavano l'applicazione di vaccino autogeno alla Wright e tra questi ultimi ricordo lo Schumway che curò con tale metodo un caso di irite gonococcica, il cui andamento fu favorevolmente modificato fin dalla seconda iniezione di vaccino, il Mizuo (in 5 casi di congiuntivite blenorragica dei neonati), l'Aroustain e qualche altro. Data, però, la rapidità del decorso di tale malattia e la tumultuosità dei suoi sintomi non è consigliabile la preparazione dei vaccini autogeni alla Wright per cui andrebbe perduto del tempo prezioso. I vaccini antigonococcici più usati sono, oltre il Dmégon, quello del Welcome, l'Arthigon (dello Schering), il Gonargin (di Meister Lucius) ed in Italia il Pangon (del Volpino) contenente fino a 2 miliardi di germi in un centimetro cubico, il Bruschettini, ed il vaccino dell'Istituto sieroterapico milanese (da 5.000.000 a 2 miliardi di germi per cc.); e recentemente a tali vaccini si è aggiunta la stomosina antigonococcica Centanni. Nel campo oftalmologico l'autore che ha più largamente sperimentato in Italia il vaccino antigonococcico nella cura della congiuntivite blenorragica (sopratutto dei neonati) è stato il Prof. Cecchetto, primario oculista dell'Ospedale Civile di Verona, il quale ha trattato con la vaccinoterapia 59 casi di congiuntivite gonococcica (di cui 55 in neonati e 4 in adulti). Egli ha usato (per via ipodermica) in special modo il vaccino del Nicolle di cui trova l'efficacia prodigiosa e, ultimamente, la stomosina Centanni, anche con ottimo risultato.

Il Cecchetto rileva che con tale metodo di cura non soltanto il decorso della malattia diventa più breve e l'andamento assai meno grave, evitandosi quasi sempre le tristi complicanze della cornea, ma che, inoltre, la inoculazione del vaccino è sufficiente da sola a produrre in breve tempo la guarigione senza l'ausilio del trattamento chimico finora usato. Nei 29 casi di congiuntivite gonococcica degli adulti, trattati con vaccino specifico polivalente (Pangon o dell'Istituto sieroterapico), senza però abolire le pennellature di nitrato d'argento ed i lavaggi con la soluzione del Kalt, ho constatato che in quasi tutti i casi i sintomi infiammatorî (edema palpebrale, chemosi ed essudazione purulenta) si attenuavano assai più rapidamente e le complicazioni corneali divenivano notevolmente più rare; in un caso, anzi, in cui il malato presentava all'inizio della cura una infiltrazione della cornea, constatai con sorpresa che essa, invece di diffondersi e dar luogo ad un'ulcera perforante, come accade ordinariamente, regredì invece dopo la seconda iniezione di vaccino antigonococcico. Tuttavia, in rapporto alle complicanze corneali ho notato che se queste mancavano al principio del trattamento vaccinoterapico difficilmente si manifestavano in seguito, mentre invece era raro che si arrestassero ove si erano già iniziate. In tutti i casi osservati fu praticato ripetutamente l'esame batteriologico della secrezione congiuntivale, i cui reperti non sono privi di importanza per illustrare il meccanismo d'azione del vaccino antigonococcico. Intorno a questo fenomeno di terapia immunitaria si sono svolte le stesse discussioni che per il siero corrispondente ed entrambe hanno per base la teoria generale della dottrina dell'immunità e quella particolare del modo d'azione del gonococco. A tale riguardo osserva il Carbone nel suo organico manualetto « Dei vaccini e sieri in terapia oculare »:

« Sul modo di azione del gonococco le opinioni sono controverse: alcuni ammettono che il veleno al quale si devono i fatti morbosi osservati sia legato al gonococco (endotossina); altri invece credono che questo germe possa produrre una tossina che si trova disciolta nel terreno dove viene coltivata. La stessa controversia esiste riguardo al meccanismo d'azione del siero antigonococcico; sebbene non lo si possa enumerare con sicurezza fra i sieri antibatterici, pure il dosaggio di esso resta limitato esclusivamente agli anticorpi dimostrabili in vitro, facendo la dimostrazione degli anticorpi presenti nel siero cioè delle *precipitine* e delle sostanze atte a deviare il complemento ». Ma prima di indagare se il vaccino antigonococcico possegga virtualmente ed indirettamente un potere antitossico oppure antibatterico, o l'uno e l'altro insieme, è necessario considerare un problema più generale

e quasi preliminare della sierologia, se cioè, i prodotti immunitari adoperati agiscano stimolando l'attività fagocitaria dei leucociti, come afferma la teoria *cellulare* (Metchnikoff, Wright), oppure conferendo ai succhi organici il potere diretto di distruggere i germi patogeni o di neutralizzarne le tossine, secondo quello che sostiene la teoria *umorale* (Fodor, Behring, Pfeiffer). Nei preparati batteriologici di essudato purulento, eseguiti in tutti i casi di congiuntivite blenorragica, ho potuto rilevare che durante il trattamento vaccinico il numero dei gonococchi andava progressivamente diminuendo, sopratutto quello dei germi fagocitati che erano invece più abbondanti all'inizio dell'infezione.

Questa inversione del rapporto numerico fra i germi endocellulari ed extracellulari è in contrasto con la teoria del Metchnikoff, secondo la quale, invece, l'attività fagocitaria dei leucociti dovrebbe aumentare sotto lo stimolo del vaccino inoculato. Ed anche la determinazione dell'indice opsonico, compiuta col metodo del Wright dimostra che l'attività fagocitaria non aumenta in proporzione diretta del miglioramento dei sintomi della congiuntivite: occorre, dunque, ammettere che il siero ed il vaccino antigonococcico nella loro azione immunizzante non si valgono dei leucociti come di elementi intermediari. Resta ora da risolvere il problema se il siero ed il vaccino antigonococcico esplichino — direttamente l'uno, virtualmente l'altro — delle attività antibatteriche propriamente dette o invece una azione antitossica. I reperti batteriologici ottenuti non offrono una prova evidente di batteriolisi, come forme gonococciche in dissoluzione o scolorate o alterate nell'aspetto. Si riscontrano, invece, casi abbastanza frequenti di addensamento di germi extracellulari come per l'azione di una sostanza agglutinante. Dalle ricerche batteriologiche e dalle esperienze in vitro si può, quindi, ammettere che il vaccino gonococcico non provochi nell'organismo in cui viene inoculato la formazione di *batteriolisine* ma di sostanze che agiscano non distruggendo i gonococchi ma attenuandone la virulenza. Inoltre le osservazioni cliniche valgono ad integrare le esperienze sierologiche perchè dimostrano che il vaccino antigonococcico è efficace sopratutto nelle forme tossiemiche e nelle complicazioni articolari, in cui — pur ammettendosi una eventuale localizzazione dei germi — si riconosce generalmente che il processo infiammatorio è dovuto principalmente all'azione delle tossine, ed è, quindi, evidente che il vaccino esercita, oltre all'attività antibatterica, un potere di neutralizzazione delle tossine gonococciche. E' ovvio che queste asserzioni non hanno la pretesa di essere delle verità assolute, ma semplici constatazioni approssimative, poichè l'esame batteriologico non è sufficiente da solo a scovrire la complessità delicatissima dei fenomeni immunitari.

Detto brevemente del meccanismo di azione dell'immunoterapia gonococcica aggiungerò poche osservazioni sul modo con cui ho usato il vaccino. Ho eseguito le iniezioni con intervallo di 24 ore o a giorni alterni a seconda della intensità dell'infezione ed ho constatato che con le alte dosi (fino a 2 miliardi di germi in 1 cc.) il risultato era più efficace e rapido.

Per ogni caso vennero eseguite complessivamente da 5 a 20 iniezioni di vaccino a seconda della gravità dei sintomi presentati e la regione anatomica prescelta per le inoculazioni fu la sottoclavicolare o la laterale dell'addome. Le reazioni provocate — locali e generali — furono trascurabili consistendo le prime in edema infiammatorio e dolore in corrispondenza del punto d'inoculazione del vaccino, della durata di pochi giorni; e le altre in un fugace elevamento della temperatura.

In seguito ho trattato con vaccino antigonococcico — nella mia pratica privata — altri 6 casi di congiuntivite blenorragica — 5 in neonati ed 1 in adulto — ed in tutti ho ottenuto lo stesso eccellente risultato già messo in rilievo nelle altre osservazioni. In complesso i casi di congiuntivite gonococcica sottoposti al trattamento immunoterapico furono 51, di cui 16 (tutti di congiuntivite blenorragica degli adulti) vennero curati col siero e 35 col vaccino antigonococcico. Questi ultimi comprendevano 30 casi di blenorrea congiuntivale degli adulti e 5 dei neonati.

Riguardo alla questione, ancora discussa, dell'influenza che può esercitare l'infiammazione congiuntivale di natura gonococcica sul decorso e l'esito delle complicazioni corneali da tracoma, eventualmente preesistenti, ho potuto constatare che in un caso di congiuntivite gonococcica provocata da un militare già affetto da tracoma florido con panno ed ulceri corneali, si verificò la distruzione purulenta di tutte e due le cornee con esito in leucomi totali aderenti.

In base ai risultati ottenuti nelle osservazioni riferite ritengo di dover logicamente trarre le seguenti conclusioni sull'uso del siero e del vaccino specifico nella cura della congiuntivite gonococcica:

1° Il siero antigonococcico usato per instillazioni si è mostrato di scarsa efficacia; il che non esclude che possa essere più utile se introdotto nell'organismo mediante iniezioni.

2° Efficacissimo fu invece l'uso del vaccino

per via ipodermica, modificando beneficamente l'andamento dell'infezione, abbreviandone il decorso e rendendo assai meno frequenti le complicanze corneali.

3° È, pertanto, non solo opportuno ma doveroso per tutti i medici — specializzati o no — a cui si presenti l'occasione di dover curare una congiuntivite gonococcica, sia in neonati sia in adulti, associare la terapia vaccinica al metodo classico di cura locale, a cui non deve disconoscersi un notevole potere battericida. Dott. ALFREDO ROSICA.

Nota. — Da una *tabella* annessa al presente articolo e che per ragioni di spazio non è possibile riprodurre, risulta che i casi di congiuntivite gonococcica osservati dall'autore in autolesionisti, durante la guerra, furono complessivamente 45, di cui 41 nell'Ospedale militare di Treviso e 4 in quello di Roma.

Di essi, 16 furono sottoposti ad instillazioni di siero antigonococcico nel sacco congiuntivale e 29 ad iniezioni ipodermiche di vaccino specifico, ed in questi ultimi le complicazioni corneali furono proporzionalmente meno frequenti e meno gravi gli esiti.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di meningite così detta sierosa.

Dott. LEONARDO TIBERIO (Casalbordino).

Storia Clinica. — G. G., a. 37, proprietario. Nulla di notevole nel gentilizio e nell'anamnesi individuale; nega lues; discreto bevitore; modico fumatore.

Racconta che nei primi di marzo ha avuto delle febbri non molto alte, irregolari, di poca durata, con caratteri d'influenza (a dire del paziente). Subito ha ripreso le proprie occupazioni.

Il giorno 10 marzo, a sera, ha fatto abuso di vino, tanto che è stato ricondotto a casa in istato di confusione mentale.

La mattina seguente è insorta forte cefalea, ma il p. non ha chiesto l'opera mia di medico che il mattino del 12.

Trovo che la cefalea persiste, a tipo prevalentemente frontale, con grande sofferenza dell'infermo, che è costretto dal dolore ad emettere dei lamenti. Il termometro non segna alcuna elevazione termica febbrile.

Il polso è normale, per ritmo e frequenza. La lingua è impaniata.

L'alvo leggermente stittico.

Già casi d'influenza si erano verificati in paese, accompagnati o seguiti da cefalee e nevralgie intense.

Ma, alla somministrazione di antinevralgici, la cefalea del mio infermo non cede.

La mattina del 13 torno e prescrivo la vescica di ghiaccio alla testa e il sanguisugio alle mastoidi.

La mattina del 16 vengo chiamato a consulto con un collega e porto con me un ago-trequarti per puntura lombare. All'esame obbiettivo completo, noto un Körnig discreto e una certa rigidità nucale; i nervi cranici sono integri perfettamente; non esiste alcuna iperestesia cutanea; l'addome un po' ipertonico ma non avvallato; non vomito, sibbene qualche male appena accennato conato di vomito; dermografismo evidente; sfinteri integri; temperatura non febbrile; polso alquanto raro (60 battute al minuto); cefalea ancora intensa; sensorio sempre integro; torace nulla; milza e fegato non si palpano.

Il collega mi propone l'iniezione intrarachidea di siero antimeningococcico. Io faccio osservare la nessuna indicazione di questo, mancando segni capitali di una meningite cerebro-spinale epidemica (febbre alta e i sintomi a carico della convessità cerebrale). Ma, insistendo il collega e per deferenza verso di lui, poichè il siero, se non riusciva utile, non avrebbe certamente nociuto, aspetto.

Il siero, però, non si riesce ad avere in paese e faccio la semplice puntura lombare. Il liquor esce a gocce ravvicinate e si presenta leggermente tinto di sangue in principio, ma poi limpido.

Dopo 12 ore non si nota nella provetta che un semplice sedimento ematico: nessuna formazione di reticolo. Non è possibile, per mancanza di mezzi, fare alcuna ricerca più fine sul liquido cefalo-rachidiano (come la prova di Nonne, la citodiagnosi ecc.). Nè si può osservare, per la stessa ragione, il fondo dell'occhio; nè viene eseguita la W. R.: nè sul sangue, nè sul liquor.

17 marzo: Si comincia a notare l'effetto benefico della puntura lombare: la cefalea è meno continua e lo stato d'irrequietezza generale un po' diminuito — il polso si mantiene raro — il sensorio è integro — i nervi cranici indenni — temperatura normale.

Somministro l'Urotropina.

18 marzo: Seconda puntura lombare, con fuoriuscita di liquor a pressione modica (gocce non molto ravvicinate), limpido.

Consecutiva iniezione di 5 cc. di siero antimenigococcico, giusta la proposta del collega. Subito dopo questa, il p. avverte dolori agli arti inferiori ed è preso da uno stato d'irrequietezza piuttosto rilevante.

Circa un'ora dopo è assalito da forti brividi di freddo, seguiti da febbre.

19 marzo: La temperatura, durante le 24 ore successive alla iniezione di siero, si aggira intorno ai 39°.

20 marzo: La forte reazione al siero è finita; la temperatura è di 37,1; nessun sintoma nuovo; l'esame delle urine non dà nè albumina nè zucchero.

22 marzo: 3ª puntura lombare decompressiva: liquor limpido a pressione discreta; t. 37,1.

23 marzo: T. 37,1; p. 64; la cefalea va diminuendo; l'appetito si conserva sempre buono.

24 marzo: T. 36,6; p. 66.

26 marzo: T. 36,7; p. 70; somministrazione di «joduro di potassio».

27 marzo: Il p. migliora; la sindrome meningea va scomparendo.

29 marzo: Migliora sempre.

30 marzo: Si giudica superflua ogni ulteriore assistenza medica.

* * *

Ho voluto rendere noto il caso e perchè non capita certamente spesso osservarne di simili e perchè, sopratutto, molto poco si conosce,

finora, circa l'etio-patogenesi e l'anatomia patologica di questo quadro morboso, che può facilmente essere scambiato per una comune meningite da meningococco, com'è capitato al collega.

Pochi sono i lavori fatti sopra l'argomento. Oppenheim, nel suo trattato ne parla scarsamente. Quincke ha descritto parecchie di queste così dette meningiti sierose, quasi tutte guarite bene con la semplice puntura lombare evacuatrice. Quali moventi etiologici Concetti, Münzer ed altri danno sopratutto peso alle infezioni acute. Altri portano in causa i traumatismi, l'eccesso di lavoro mentale, l'alcoolismo. C'è anche chi dà alla tubercolosi e alla sifilide la loro parte nella produzione di questa forma morbosa.

Per quanto riguarda il meccanismo patogenetico, siamo nelle stesse condizioni. Quincke riporta tutta la sindrome a un idrocefalo interno, stabilitosi in modo acuto: l'essudato proverrebbe in prima linea dal plesso corioideo. Nel mio caso il liquor aveva tutto l'aspetto macroscopico di un trasudato anzichè di un essudato. E non poteva, allora, trattarsi di un edema acuto delle pie meningi sotto l'azione tossica sui vasi, determinata dall'alcool, di cui il p. aveva abusato la sera precedente l'insorgere della malattia? oppure il piccolo attacco d'influenza aveva avuto la parte causale maggiore?

Io non posso nulla rispondere. Ricerche più fini, ripeto, e sull'ammalato e sul liquor sono mancate, indipendentemente dalla mia volontà: esse avrebbero potuto, forse, chiarire un po' il problema etio-patogenetico. Son sicuro, però, che il fattore infettivo influenzale e il fattore tossico alcoolico devono avere avuto la loro importanza nella provocazione della sindrome meningea.

La mia nota, infine, mostra quanto venga superficialmente risolto ogni problema diagnostico, una volta posseduti tutti i sintomi di un quadro morboso!

L'iniezione di siero antimeningococcico portò al mio infermo 24 ore di sofferenze, mentre la semplice puntura lombare evacuatrice gli aveva dato sollievo. Baccelli diceva che la suprema necessità della cura è la diagnosi; ma qui, nei nostri paesi, la suprema necessità è la cura, comunque fatta!

Possa, intanto, la mia modesta nota clinica spingere i bravi e giovani colleghi, che hanno la fortuna di frequentare le sale cliniche e anatomo-patologiche, alla conquista di nuove e più solide acquisizioni scientifiche nel campo, ancora poco esplorato, delle così dette meningiti sierose.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Una modificazione all'apparecchio ordinario per la proctoclisi.

Dott. GAETANO BOTTARO (Genova).

La proctoclisi è da molto tempo entrata a far parte dell'armamentario terapeutico chirurgico, e quasi tutti gli operatori hanno avuto occasione di rilevare la bontà di questo metodo nei casi di anemia acuta, di shock e d'infezione.

Senza dilungarmi sulle indicazioni della proctoclisi, posso dire che, seguendo essa la via fisiologica per l'assorbimento dei liquidi da parte del nostro organismo, ed essendo di facile applicazione, dovrebbe sostituirsi interamente alla ipodermoclisi ed alle iniezioni endovenose, tranne nei casi di gravità estrema e d'intolleranza speciale.

Abbandonate le irrigazioni a doppio tubo rettale e quelle ad un solo tubo, originariamente proposte dal Murphy, negli ospedali degli Stati Uniti d'America si è andato generalizzando l'uso dell'apparecchio comunemente chiamato *Murphy drip*.

Come è noto, esso consiste in un enteroclisma, sul cui tubo, a breve distanza dal recipiente, è innestato un piccolo bulbo di vetro provvisto di 2 branche, una superiore ed una inferiore; la superiore si prolunga nell'interno del bulbo, in un tubo lungo pochi centimetri, che finisce assottigliandosi come un contagocce ordinario. Al disopra di questo bulbo vi è una morsetta a vite per mezzo della quale si può regolare il numero di gocce che si vuol far passare nel retto. L'estremità inferiore del tubo dell'enteroclisma si connette con una cannula rettale lunga, di gomma molle, non molto grossa, con apertura all'estremità e non di lato come nei cateteri uretrali.

Sul tubo dell'enteroclisma tra la cannula rettale e l'apparecchio contagocce è innestato, per mezzo di una connessione a Y, un altro tubo di gomma, che serve per l'uscita dei gas e per equilibrare l'eccesso di pressione endorettale causata dalla peristalsi intestinale e dalla rapida contrazione dei muscoli addominali (tosse, vomito, starnuti, ecc.). Senza di esso i gas ed i liquidi espulsi dal retto sarebbero obbligati a passare tra la cannula rettale e l'ano.

Quest'apparecchio, sebbene funzioni in modo soddisfacente, alle volte presenta l'inconveniente che i gas ed i liquidi, espulsi dal retto, giunti alla cannula a Y, invece di uscire la maggior parte pel tubo ad essi destinato, pas-

sano quasi tutti in quello che va al contagocce, e, trovando la via chiusa, finiscono col venir fuori dall'ano.

Dando un'appropriata inclinazione al tubo a Y si può diminuire quest'inconveniente, ma con una piccola modificazione apportata da me al bulbo, lo si può eliminare interamente e si semplifica nello stesso tempo tutto l'apparecchio ed il suo funzionamento.

Il bulbo, che io uso da qualche anno, è provvisto di una terza branca (fig. 1-C), destinata all'uscita dei gas e dei liquidi reflui. Essa so-

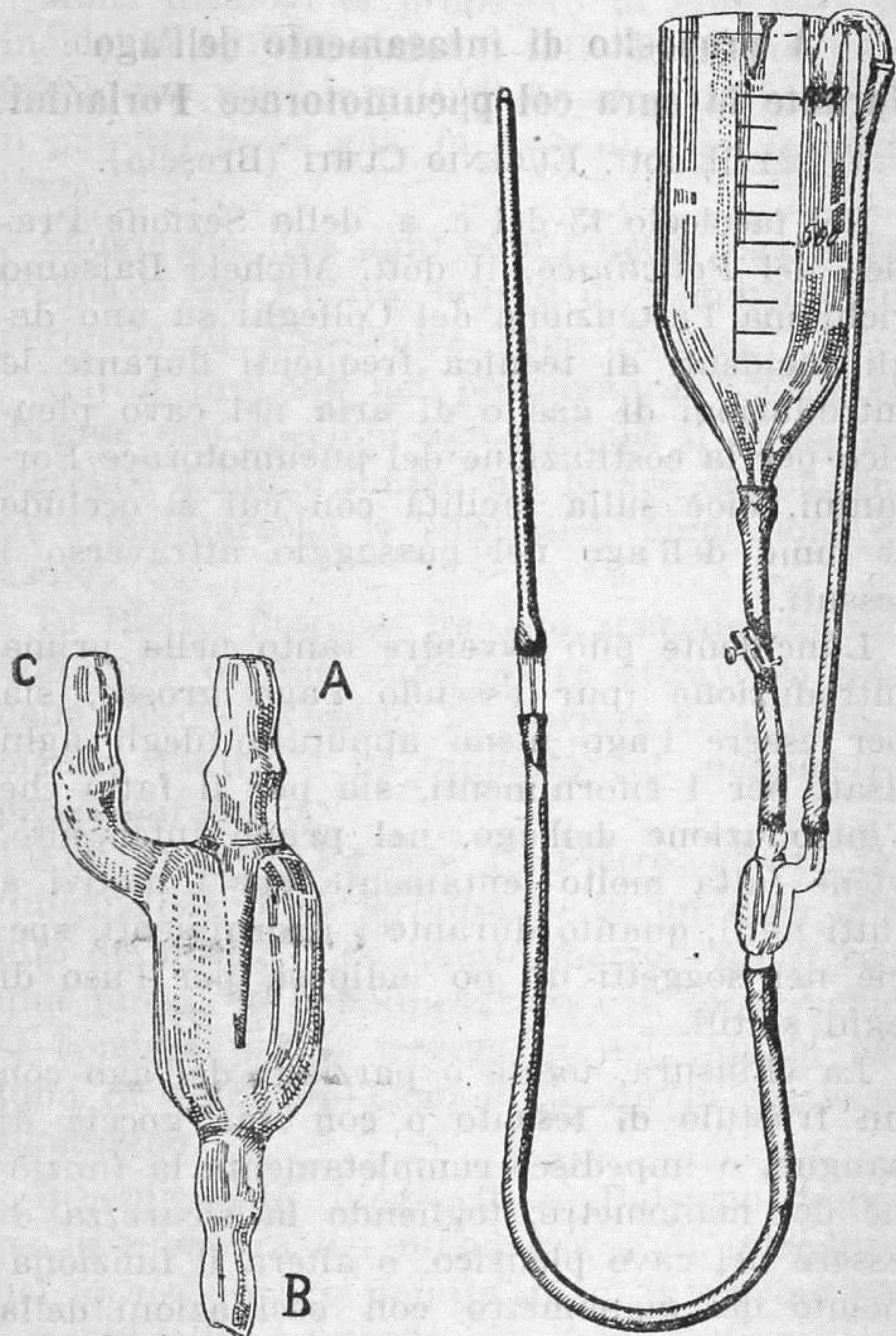


Fig. 1. Fig. 2.

stituisce l'apertura che nell'apparecchio comune è posta più in basso sul tubo dell'enteroclisma, ed ha il vantaggio di dare ai gas ed ai liquidi espulsi dal retto un'*unica via* d'uscita ampia e facile.

La branca C, come si vede nella figura 2, si connette con un tubo di gomma, che si può portare al recipiente dell'enteroclisma senza farlo però pescare nel liquido.

Nel resto la tecnica non differisce da quella comunemente usata.

COMMENTI.

Sul pneumo-torace Forlanini.

Dott. SILVIO CORINALDESI,
Medico primario nell'Ospedale Mellini
in Chiari.

Nel fascicolo XIII del corrente anno della Sezione Pratica il dott. Balsamo, prendendo occasione da una precedente nota apparsa nel fascicolo XLVII del 1922, del dott. Capuani, espone brevemente la tecnica usata dal suo primario il prof. Cocci e da lui nell'Ospedale di Arezzo, nel praticare il pneumo-torace Forlanini.

Come tutti sanno, la tecnica del pneumotorace ha subìto, attraverso il suo sviluppo, e coll'andar del tempo, delle modificazioni, suggerite dalle esperienze dei diversi sperimentatori.

Anche gli apparecchi che furono proposti ed usati variarono a seconda degli intenti degli autori, ma in complesso tutti quanti constano in genere di un aspiratore e pulsore a spostamento di liquido.

Mentre però essi rispondono convenientemente nelle mani dei loro inventori, la stessa cosa non si può dire per i metodi di puntura.

Questi debbono soddisfare alle esigenze fisiologiche del polmone, che è contenuto nella cavità virtuale della pleura e devono guidarci sicuramente ad eludere gli eventuali impedimenti pleurici così frequenti e così conosciuti da chi ha pratica di malati di tubercolosi polmonare, e di relativa applicazione del pneumo-torace.

Tutti oramai sanno con quanta facilità avvenga l'intasamento dell'ago comunemente usato e come riesca difficile poter talora penetrare la prima volta nello spazio pleurico. Avviene così che il manometro può restare immobile nonostante gli spostamenti più o meno avanzati dell'ago e pur ritentando in altri punti, l'aspirazione del gas da parte della pleura non avviene.

Il Forlanini ideò, è vero, la manovra della spremitura, che per lo più riesce sebbene non completamente a liberare la pervietà dell'ago, ma ci sono casi nei quali la spremitura non risolve la questione e nei quali le oscillazioni manometriche sono indecise e dubbiose e spesso ci troviamo colla punta dell'ago in uno spazio vascolare, in un groviglio di aderenze o nel polmone, e possiamo con tale manovra determinare incidenti gravi, talora letali (embolia).

Il pericolo dell'embolia gassosa è perciò il più temuto nelle prime introduzioni e quindi

numerosi sono stati i tentativi e le modificazioni apportate al primitivo metodo di Forlanini, fino alla proposta di Deneke (1910) dell'introduzione primitiva di ossigeno che, anche se introdotto in circolo, non dà fenomeni mortali; ha però l'inconveniente dell'eccessiva rapidità di assorbimento.

Epperciò si pensò di utilizzare dopo la prima iniezione l'azoto-aria o semplicemente l'aria filtrata.

Altri proposero invece modificazioni nella tecnica della puntura. È giusto pertanto ricordare come già da molti anni il Saugmann adopri come ago un trequarti tipo Potain da toracentesi, di conveniente sottigliezza (n. 3 della filiera Charrière) con punta a mandrino a tenuta, e così che serva di embolo aspiratore, facendolo scorrere nella cannula ed infine munita di punta piatta perchè non ne avanzi soverchiamente dopo perforata la pleura parietale. Naturalmente come nel trequarti del Potain, il mandrino durante l'operazione rimane sul tappo a stoppa che chiude lo esterno della cannula al di là del rubinetto, sempre pronto al bisogno e a perfetta tenuta.

Tale modificazione dell'ago è senza dubbio utilissima, come io stesso ebbi a constatare de visu pochi mesi fa nei Sanatori Svizzeri, ove largo uso si fa di tale mezzo.

Da quasi due anni senza saperlo io adopro press'a poco lo stesso sistema del Cocci, ma invece di un ago semplice utilizzo un piccolo trequarti sottile adatto per puntura lombare nei bambini, munito del suo mandrino.

Le prime introduzioni specialmente, sono da me fatte così:

Il trequarti sterilizzato a secco col suo mandrino viene introdotto nel torace senza unirlo al tubo di gomma dell'apparecchio Forlanini, al cui estremo applico un raccordo di adattamento per l'ago trequarti.

Si perfora la parete toracica nel punto prescelto fino a che si abbia la percezione o sensazione di essere nel cavo pleurico; si pratica un movimento di va e vieni per assicurare la pervietà dell'ago, per lo più accertata da un piccolo rumore o sibilo per aspirazione dell'aria, e si innesta il tubo di gomma collegato col manometro dell'apparecchio Forlanini.

Anche a me è successo, cadendo in uno spazio vascolare o in forti aderenze, di veder gocciolare dal padiglione del trequarti del sangue, non avvenire l'introduzione di gas e dover quindi mutare sede, ma in realtà debbo dire che pur avendo usato ed usando soltanto l'aria filtrata tanto nella prima introduzione che nei successivi rifornimenti, non mi è mai accaduto di avere alcun inconveniente e non ho mai dato alcuna importanza alla entrata della prima introduzione della piccola quantità di aria non filtrata.

Con tale sistema non ho mai osservato embolia gassosa.

Osservo infine che io adopro tale trequarti solo nelle prime introduzioni: successivamente quando la bolla di gas è costituita e controllata radiologicamente, uso, perchè non avvenga l'intasamento, aghi a punta più aguzza e tagliente di quelli comunemente usati.

A proposito di intasamento dell'ago durante la cura col pneumotorace Forlanini

per il dott. EUGENIO CURTI (Brescia).

Nel fascicolo 13 del c. a. della Sezione Pratica del *Policlinico*, il dott. Michele Balsamo richiama l'attenzione dei Colleghi su uno degli incidenti di tecnica frequenti durante le introduzioni di gas o di aria nel cavo pleurico per la costituzione del pneumotorace Forlanini, cioè sulla facilità con cui si occlude il lume dell'ago nel passaggio attraverso i tessuti.

L'incidente può avvenire tanto nella prima introduzione (pur essendo l'ago grosso, sia per essere l'ago meno appuntito degli aghi usati per i rifornimenti, sia per il fatto che l'introduzione dell'ago, nel primo intervento, viene fatta molto lentamente per i motivi a tutti noti); quanto durante i rifornimenti, specie nei soggetti un po' adiposi, per l'uso di aghi sottili.

La chiusura, totale o parziale, dell'ago con un frustulo di tessuto o con una goccia di sangue, o impedisce completamente la funzione del manometro, togliendo la sicurezza di essere nel cavo pleurico, o altera il funzionamento del manometro con oscillazioni della colonna d'acqua, incerte, incomplete, incostanti.

Si è cercato di rendere meno frequente l'intasamento dell'ago usando aghi appuntiti e taglienti, ma anche con questo mezzo l'inconveniente non è eliminato.

Forlanini, avendo osservato che tranne nel caso in cui il lume vasale era chiuso da una goccia di sangue, l'intasamento era dovuto ad un frustulo che si arrestava all'estremità dell'ago, aveva proposto la *manovra della spremitura* del tubo, consistente in questo:

Tra il pollice e l'indice di destra comprimeva il tubo di gomma a 4-5 centimetri dall'ago, e colle dita della mano sinistra spingeva la piccola quantità di gas esistente nel

tubo di gomma tra il punto compresso e lo ago, verso il torace del paziente; il frustulo veniva espulso, e l'ago disostruito permetteva la funzione del manometro.

Il dott. Balsamo fa giustamente osservare i pericoli di questa manovra: embolismo gasoso o peggio ancora embolismo da frustulo, se disgraziatamente l'ago è caduto in un vaso sanguigno; e ciò senza escludere l'ipotetico pericolo che a pneumotorace già avviato si possa lanciare nel cavo pleurico un frustulo di cute che può essere veicolo di germi patogeni.

Molti tisiologi si proposero di eliminare lo incidente dell'intasamento dell'ago. Alcuni consigliarono aghi forniti di finestre laterali per il passaggio del gas, in caso di chiusura dell'ago.

Saugmann usa aghi sottili della foggia dei trequarti del Potain, muniti di mandrino che permette di disostruire l'ago chiuso.

Wittig propone nel pneumotorace a lunga durata uno speciale ago-cannula il quale resterebbe a lungo infisso nel torace del paziente e faciliterebbe le successive immissioni di azoto.

Di Pietro propone un ago speciale munito alla base di due imboccature attraverso una delle quali è possibile lo scorrere di un'anima mentre l'altra è in rapporto col manometro dell'apparecchio.

Alla branca laterale Di Pietro adatta un tubicino di vetro terminante in un tubo munito di pipetta. Con questo mezzo, chiuso con una pinza, la comunicazione coll'apparecchio si conosce per la comparsa del sangue nel tubo di vetro, se l'ago è caduto in un vaso sanguigno.

Recentemente (luogo citato) Balsamo propone la manovra del mandrino. Egli introduce nel torace un ago munito di un mandrino affiorante alla estremità del foro dell'ago.

Giunto nel cavo pleurico toglie il mandrino dopo aver compiuto con questo alcuni movimenti di va e vieni per assicurarsi della pervietà dell'ago e innesta l'ago al tubo dell'apparecchio.

Egli afferma di avere la prova di essere nel cavo pleurico da un tenuissimo sibilo che l'aria aspirata nel cavo pleurico produce nel passaggio attraverso l'ago.

Se manca il sibilo e stabilita la comunicazione tra ago e manometro non si hanno oscillazioni della colonna d'acqua, ripete la manovra del mandrino, introducendo più profondamente l'ago.

L'uscita di qualche goccia di sangue dall'ago, dimostrerebbe di essere caduti colla punta dell'ago in un vaso sanguigno.

Schiettamente, se il metodo del dott. Balsamo presenta il vantaggio indubbio di evitare embolismi, mi sembra poco pratico.

Anzitutto per la difficoltà di stabilire quando si è giunti nel cavo pleurico, e poi per il fatto noto a chi pratica cure di pneumotorace, della facilità con cui nei movimenti dell'ago o in mosse brusche del paziente si può spostare l'ago dal cavo pleurico, specie nelle prime introduzioni o quando esistono aderenze, rendendo vane le osservazioni manometriche già fatte. Ed uno dei pregi dell'apparecchio Morelli è appunto quello dell'immediata percezione dello stabilirsi di un incidente di questo genere e evitare embolismi gasosi.

Ora per quante cautele si abbiano nell'innestare l'ago al tubo dell'apparecchio, si imprimono movimenti alla punta dell'ago.

Infine perchè rinunciare a priori all'uso diretto e immediato del manometro, che nella grande maggioranza dei casi ci indica e il momento in cui si perfora coll'ago il foglietto parietale pleurico, e colla entità della oscillazione ci dà la quasi immediata nozione della possibilità o meno di iniziare una efficace cura di pneumotorace?

Per quei casi, del resto non molto frequenti, di intasamento dell'ago, uso da vari anni e con ottimo risultato una manovra che mi mette al sicuro da tutti quei pericoli ai quali il dott. Balsamo accenna, alludo alla manovra da me definita della *aspirazione forzata.*

Stabilito con un esame del paziente la possibilità teorica della istituzione della cura, introduco l'ago al solito modo, unito con tubo di gomma ad un apparecchio sia esso Forlanini o Morelli, e in comunicazione col manometro.

Avuta la percezione, cosa frequente e nota a chi ha pratica di pneumotorace, di aver perforato il foglietto parietale pleurico, se il manometro non entra in funzione, saggio la pervietà dell'ago colla aspirazione forzata.

(Ciò che si dice per la prima introduzione vale anche per i rifornimenti).

Chiudo con due dita della mano sinistra il tubo di gomma appena sopra l'ago, che viene così anche tenuto immobile, e con due dita della mano destra pratico schiacciamento, e scorrendo il tubo di gomma, una aspirazione *ad libitum* verso il manometro, il quale segnerà una pressione positiva.

Il tubo di gomma resta così schiacciato, vuoto per il tratto compreso tra le due mani; si ha cioè una aspirazione pari al vuoto ottenuto nel tubo.

Tenendo poi compresse le dita verso il manometro tolgo la compressione delle dita verso l'ago e vengo ad esercitare l'azione aspirante, sopra detta, direttamente nel lume dell'ago.

Allora se l'ago era entrato nel parenchima polmonare o in aderenze, il tratto di gomma tra l'ago e le dita della mano destra resterà compresso, e rilasciando le dita della mano destra il manometro ritornerà alla posizione di partenza, si livellerà a zero.

Se l'ago è caduto in un vaso sanguigno si avrà aspirazione di un po' di sangue e si percepirà nettamente il gorgoglio del sangue entro l'ago, e il manometro anche in questo caso non entrerà in funzione.

Se l'ago era invece chiuso da una goccia di sangue o da un frustulo, goccia o frustulo saranno aspirati nel tubo di gomma per azione della poca aria che esiste nell'ago e nel tratto di gomma tra l'ago e le dita della mano sinistra, e il manometro potrà entrare in funzione.

Se l'occlusione dell'ago avviene non alla I introduzione ma nei rifornimenti, vedremo, ottenuta l'aspirazione del frustulo, dilatarsi il tubo di gomma tra l'ago e le dita della mano destra per aspirazione dell'aria già esistente nel cavo pleurico, e avremo la sicurezza di essere colla punta dell'ago nel cavo pleurico prima ancora che il manometro lo abbia a palesare.

Con questo metodo mi pare si possa evitare il pericolo dell'embolismo tanto temuto dal dott. Balsamo e da tanti altri tisiologi.

Da anni, ripeto, uso questa maniera, l'applicai non saprei dire quante volte senza mai lamentare un incidente, e mi permetto perciò di comunicarlo ai Colleghi.

Aprile 1923.

DIVAGAZIONI.

La concezione fondamentale della biologia.

La scienza moderna tende ad identificare i fenomeni della vita con quelli fisici e chimici.

Anche scienziati che professavano e professano religioni animiste concepiscono la vita come l'espressione di fenomeni governati dalle stesse leggi che regolano il mondo inorganico.

Cartesio, che pure non era un materialista, fu il primo ad esporre la dottrina che l'organismo vivente è un meccanismo, che funziona e si sviluppa per effetto di processi fisici e chimici.

Contro questa concezione insorsero gli animisti che pretesero essere lo spirito, cosciente o incosciente, il fattore essenziale, il governatore di tutte le funzioni organiche.

La maggioranza dei biologi del secolo decimottavo e della prima metà del secolo decimonono non seguirono nè la teoria meccanica, nè quella animistica. Essi furono vitalisti: ammisero cioè che l'organismo animale si trovi sotto la influenza di un agente speciale, il principio vitale o forza vitale, qualche cosa tra lo spirito cosciente e l'azione meccanica. Per altro adottarono la interpretazione fisicochimica, ogni qual volta questa si prestava a spiegare i fenomeni vitali.

Gli studi cellulari, che ebbero intenso sviluppo nella seconda metà del secolo decimonono, rimisero in onore la teoria meccanica. I neo-meccanicisti trovarono che tutte le manifestazioni biologiche sono sotto la dipendenza delle condizioni fisiche e chimiche dell'ambiente. Tutti i fenomeni della vita per avverarsi hanno bisogno di condizioni ambientali inerenti al mondo fisico: presenza di ossigeno, di acqua, di varie sostanze minerali, di calore, di luce, e di adeguati stimoli di varia natura. In ogni caso manca qualsiasi dato che faccia ammettere la esistenza di influenze indipendenti da condizioni fisiche e chimiche, quale la pretesa forza vitale.

Haldane (*British Medical Journal*, 1923, n. 3244) trova che la concezione meccanica, malgrado tutti i fatti messi in evidenza per renderla accettabile, è ancora insostenibile se la si afferma in modo esclusivo.

La spiegazione meccanica delle funzioni organiche, egli dice, appaga entro certi limiti, ma è altrettanto sostenibile la interpretazione dualista dei vitalisti. Non è dubbio che nella estrinsecazione della vita entrano una serie di processi meccanici, quali il movimento delle articolazioni, l'assorbimento di ossigeno da

parte dei polmoni e del sangue, e di alimenti da parte del tubo digerente e del sangue, la formazione di immagini sulla retina. Tuttavia la incapacità di estendere la interpretazione meccanica ai fenomeni della vita incosciente dà ragione al vitalismo. In effetti la rinunzia a questa concezione ha ridotto la fisiologia ad un'incoerente raccolta di dettagli, ed il cemento meccanicista che sembrava così solido cinquanta anni fa si è sgretolato.

Per ben comprendere la situazione basta considerare le caratteristiche dei fenomeni vitali. Ciò che distingue questi da quelli inorganici si è che nella vita la forma, il volume, le proprietà, la composizione e l'attività di ciascuna parte di un organismo e del suo ambiente immediato è in relazione con le altre parti, e che l'affinità è attivamente mantenuta nelle successive generazioni.

Pasteur fu il primo a riconoscere che negli organismi superiori gli elementi vivono in un ambiente interno con caratteri specifici mantenuti costanti dalla combinata attività delle varie parti del corpo. Ciascun organo, ciascun tessuto, provvede non solo alla estrinsecazione della propria funzione specifica, ma anche a far sì che sia possibile la esistenza e l'attività di altri organi e tessuti. La esistenza di un sistema nervoso che avverte le modificazioni ambientali esterne, mette l'organismo in grado di adattarsi alle oscillazioni, entro certi limiti, dell'ambiente esterno. L'organismo continua a vivere anche in differenti condizioni esterne, ma ciò è possibile solo in quanto è capace di mantenere integro l'ambiente interno. E questa capacità è tanto più notevole quanto più complesso è l'organismo.

Gli ambienti di ciascuna cellula in ogni tessuto o organo non sono comuni ed eguali: particolari condizioni ambientali dipendono dall'influenza di cellule vicine, ed anche da cellule distanti, quali sono, ad esempio, le cellule degli organi endocrini. Anche nella costituzione dell'ambiente di ogni singolo elemento c'è una cooperazione ed una dipendenza mutua. Così che forma, composizione, attività, ambiente sono inseparabili l'uno dall'altro, la loro esistenza è dipendente l'uno dall'altro, sono relativi.

Questa relatività è lo scoglio sul quale si frangono tutti i tentativi di concezione meccanica della vita. Le modificazioni grossolane esterne con le quali la vita si manifesta possono essere espresse in formole fisiche e chimiche, ma se si tenta di esprimere in termini analoghi i processi da cui queste manifestazioni sono prodotte e regolate si cade nell'indefinito e nel complesso, perchè ciascun fenomeno è relativo ad altri fenomeni.

Volendo ammettere la esistenza di definite quantunque invisibili costituzioni meccaniche in tutte le cellule viventi, e volendo spiegare meccanicamente tutte le delicate reazioni specifiche, ci troviamo di fronte a difficoltà insuperabili. Noi siamo costretti ad ammettere che anche lo sviluppo dell'organismo sia governato da leggi meccaniche e che quindi in ciascun germe ci sia un meccanismo capace di costruire a sua volta il meccanismo del futuro organismo.

La teoria meccanica conduce ad assurdità. Quantunque sia evidente il fatto meccanico in alcune funzioni organiche, come ad es. nel movimento delle articolazioni, è assurdo pensare che lo stesso principio presieda alla riproduzione delle articolazioni nelle successive generazioni. Più le funzioni dell'organismo diventano specifiche della vita, quali ad es. la conservazione dell'individuo e la riproduzione della specie, e più si trova inadattabile la teoria meccanica.

Sembra quindi che non solo la concezione vitalistica, ma anche quella meccanica non sia a pieno soddisfacente.

L'attuale generazione è ancora troppo compresa dei principii matematici e fisici ereditati da Euclide, Galileo e Newton, ed è perciò che si tende ad applicare i principii stessi a tutti i fenomeni, compresi quelli della vita.

Conviene invece tener presente che dal punto di vista biologico l'organismo e l'ambiente biologico, gli organi e le loro funzioni, ciascuna parte in rapporto ad altre parti del corpo, sono cose inseparabili l'una dall'altra, ed intanto esistono in quanto sono in reciproche relazioni d'interdipendenza e di cooperazione.

D'altra parte la vita è persistente e continua da generazione a generazione. La vita di ciascuna specie non è una meteora fugace, ma è persistente nei suoi caratteri essenziali. E questa persistenza di caratteri attraverso le successive generazioni è un fatto così certo, che le branche della biologia, che chiamiamo fisiologia ed anatomia, sono appunto basate su questa persistenza.

In verità la biologia e le scienze fisiche hanno caratteri distinti non perchè trattano parti distinte dell'universo, ma perchè nella interpretazione dei rispettivi fenomeni occorrono principii differenti.

La relatività e la persistenza dei fenomeni sono gli elementi essenziali della concezione della vita, e tali principii non entrano nella concezione Galileana dell'universo fisico.

Del resto la concezione di Galileo non può riguardare la vita perchè essa non rappresenta la realtà, ma solo un tentativo ipotetico di

considerare la realtà. L'universo non è un disordinato spettacolo di fatti indipendenti, stanti di per sè e sparsi nello spazio e nel tempo infiniti. I fenomeni biologici, considerati nella loro essenza, rendono una tale ipotesi impossibile.

La interpretazione dei fenomeni biologici, secondo Haldane, occupa un punto di mezzo tra la concezione Galileana e la concezione spirituale. Questa, dal punto di vista materialistico, è una mera illusione e la biologia, come scienza indipendente dalle scienze fisiche, è un non senso. Ma il tempo ha dimostrato la eccessività di tale affermazione. Tutti i tentativi di interpretare con le leggi meccaniche i fenomeni della vita hanno dimostrato che esse le spiegano fino ad un certo punto.

D'altra parte le concezioni meccaniche applicate ai fenomeni della vita appaiono ancora più assurde nei riguardi della funzione psichica. Se è discutibile che si possa considerare la psicologia come un capitolo della biologia, appare insostenibile che essa possa essere riguardata come una scienza fisica.

Il persistere nella indagine dei fenomeni della vita esclusivamente con lo stesso indirizzo e con gli stessi metodi seguiti nelle ricerche sul mondo fisico, rende la biologia una scienza infruttuosa. *abbo.*

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

I dolori renali.

(FULLERTON. *British Medical Journal*, 24 febbraio 1923).

I dolori dei reni e delle pelvi renali possono dipendere da azioni meccaniche o traumatiche e da processi infiammatorii.

Le cause meccaniche sono: 1) Distensione dell'uretere, della pelvi, dei calici. 2) Distensione nel parenchima nella capsula per congestione o edema dei reni. 3) Contatto di corpi estranei con la parete della pelvi o dei calici. 4) Stiramento del peduncolo dei reni. 5) Compressione di nervi. 6) Sclerosi dei reni.

Le cause infiammatorie sono: 1) Lesioni della pelvi e dei calici, ad es., pionefrosi. 2) Lesioni del parenchima, ad es., pielonefrite. 3) Lesioni del tessuto cellulare perirenale, ad es., perinefrite ed ascessi perinefritici.

Generalmente si ritiene che il dolore renale è di origine pelvica. Nella calcolosi, nella idronefrosi, nel rene mobile, nella tubercolosi e cancerosi renale, nell'ematuria renale, senza dubbio il dolore è provocato dalla distensione della pelvi per ostruzione dell'uretere. Il dolore di origine schiettamente renale è quasi sempre leggero, salvo che nelle lesioni infiammatorie.

Al riguardo è interessante notare che lesioni di natura ed anche di sede diversa possono dare una sindrome dolorosa identica. Il dolore è provocato da una causa comune: gli eccessivi movimenti peristaltici, lo spasmo degli ureteri che cercano di vincere l'ostacolo al libero deflusso renale.

Il dolore può essere lieve e passare anche inosservato e grave fino a raggiungere una estrema violenza; essere nettamente localizzato o diffuso; comparire e scomparire improvvisamente o gradatamente; essere costante o accessionale; manifestarsi durante gli sforzi o nel completo riposo; assumere carattere diverso, senso vago di malessere, dolenzia, sensazione bruciante, rodente, lacerante, pungente, tagliente, senso di peso, di stiramento.

La intensità del dolore non è in rapporto alla gravità della lesione: calcoli piccolissimi possono dare dolori violenti.

Il dolore di solito si irradia all'estremità inferiori e particolarmente agli inguini, ai testicoli, alle grandi labbra, talvolta alla parte superiore delle coscie, e più raramente alle ginocchia, alle gambe ed anche ai piedi. Eccezionalmente il dolore si irradia all'arto superiore, alla spalla, al braccio, alle dita. Non raramente si diffonde alla regione renale opposta e qualche volta si avverte solo in corrispondenza della regione sana. Di solito è accompagnato da fenomeni riflessi come nausea, vomito, pallore, sudore freddo.

Una speciale forma di dolore è quella che può verificarsi nel rene mobile, e che vien designata come crisi di Dietl. In questi casi il dolore è dovuto a torsione del peduncolo, ripiegamento dell'uretere, stiramento del piloro, della cistifellea o di altri organi, e si può avere una tipica sindrome di colica addominale.

L'accertamento diagnostico della natura e della sede del processo determinante del dolore ha una importanza decisiva per l'indicazione terapeutica, e talvolta deve essere anche sollecita per gli eventuali interventi di urgenza.

La localizzazione, la diffusione, il carattere, la intensità del dolore possono giovare fino ad un certo punto, in ogni caso occorrono altri sintomi semeiologici che in genere non fanno difetto.

L'esame dell'addome può mettere in evidenza spostamenti, deformità, ingrossamento del rene, tumefazione della regione renale, dolorabilità, rigidità, o aree di iperestesia.

L'esame rettale o vaginale può svelare la presenza di un calcolo nell'estremità inferiore dell'uretere, ispessimento, dolorabilità o altre anormalità dell'uretere stesso.

L'esame del cordone spermatico potrà far rilevare un varicocele, che se a destra, potrà far pensare ad un tumore renale.

L'analisi chimica, microscopica e batteriologica delle urine sarà spesso di importanza decisiva per la diagnosi, ma conviene tener presente che l'assenza di qualsiasi anormalità non depone per la integrità del rene. Possono essere presenti piccoli calcoli senza che nelle urine vi sia sangue, pus o albumina; lo stesso può verificarsi nell'idronefrosi ed in casi di tumori renali.

L'esame radiologico potrà dimostrare presenza di opacità abnormi o alterazioni nella posizione, nella forma e nel volume del rene.

La cistoscopia potrà svelare alterazioni nella forma, nell'ampiezza, nei contorni degli orifici ureterali e modificazioni nel ritmo e nel carattere del deflusso dell'urina.

Il cateterismo ureterale, eventualmente combinato con iniezioni sottocutanee, intramuscolari o endovenose di sostanze coloranti, come l'indaco-carminio e la fenolsulfoneftaleina, e combinato altresì con la radioscopia, potrà dare utili elementi sulla differenza della secrezione urinaria dei due reni, sulla forma, distensione e posizione degli ureteri.

Talvolta nel dubbio che si tratti di una lesione addominale o renale occorre procedere all'intervento esplorativo. Al riguardo si presta benissimo una incisione obliqua della parete addominale dell'ascellare media, in corrispondenza del margine costale, fino alla regione iliaca. Questa incisione permette di esplorare tutti gli organi addominali senza grave traumatismo della parete addominale.

In ogni caso di dolore renale conviene anche tener presente la possibilità di affezioni della colonna vertebrale o del midollo spinale.

Le carie vertebrali, l'aneurisma dell'aorta con usura delle vertebre, i tumori midollari, la tabe possono dare dolori che simulano una colica renale.

La causa più frequente di dolori e coliche renali nella forma peggiore è il calcolo. In 72 casi l'autore l'ha trovato sempre presente meno che in due. Il dolore ha carattere variabile, può eccezionalmente essere unilaterale, ed anche a localizzazione indefinibile. Può irradiarsi agli inguini, ai testicoli, alle grandi labbra, alle natiche, alla parte supero-interna delle coscie, talvolta anche al pene, alle gambe, ai calcagni, alle dita dei piedi ed all'addome, nonchè alle spalle ed alla nuca. Negli attacchi gravi c'è nausea, vomito, pallore, sudore freddo, ed anche frequenza di minzione.

L'eliminazione del calcolo determina un sollievo rapido di tutte le sofferenze.

Il passaggio di cristalli di ossalato di calcio e di altri sali insolubili può provocare coliche analoghe a quelle date dai calcoli.

Il dolore non è un sintoma essenziale della tubercolosi renale. In 117 casi era presente solo in 56, cioè solo nella metà. In ogni modo il dolore, pur avendo il carattere e la localizzazione di quello da calcolo, è sempre meno intenso.

Il dolore della tubercolosi renale è probabilmente dovuto alla pressione intrapelvica, ma per la cronicità dell'affezione la distensione avviene gradualmente.

Talvolta il passaggio di grumi di pus o di detriti necrotici può improvvisamente ostruire la pelvi, donde la produzione di colica, che peraltro di solito non assume carattere di gravità perchè l'uretere ispessito e rigido rimane incapace di spasmi.

Nella pielite il dolore è frequente quasi nell'80 % dei casi. Nelle forme acute si ha brividi, febbre, vomito, dolore, rigidità muscolare e talvolta alla palpazione si nota anche tumefazione dell'organo colpito. Il dolore è più fisso e costante che nella calcolosi e nella tubercolosi.

Anche nelle forme acute il dolore può mancare, e nelle croniche è spesso assente ed il rene affetto può essere svelato soltanto dalla cistoscopia e dal cateterismo ureterale. Il dolore è dovuto probabilmente alla tumefazione del parenchima ed alla distensione della capsula. Talvolta nella pielite si hanno coliche accessionali con irradiazione all'inguine, al testicolo ed anche alla gamba ed ai piedi: esse sono dovute al passaggio di coaguli purulenti nell'uretere.

Nell'idronefrosi e nella pionefrosi si ha ostruzione e distensione della pelvi renale, ossia le condizioni più favorevoli per lo sviluppo della colica renale. Il dolore come quello della calcolosi e della tubercolosi ha caratteri e distribuzione variabili. Un fatto notevole si è che in qualche caso, il dolore si inizia a malattia molto avanzata, forse perchè la distensione della pelvi è lentamente graduale.

Il dolore può mancare del tutto nelle forme neoplastiche. Può avere caratteri diversi: senso di peso, dolore lacerante continuo, o coliche accessionali. Il dolore può essere provocato da varî fattori: distensione della capsula, stiramenti del peduncolo, invasione di organi vicini, occlusione più o meno completa

della pelvi, occlusione dei vasi, passaggio di coaguli sanguigni attraverso gli ureteri; questi ultimi darebbero le forme coliche.

In parecchi casi di ematuria il sangue si versa in piccole quantità che si mescolano intimamente con le urine, ed allora manca qualsiasi dolore. Questo manca anche quando l'emorragia è così profusa che il sangue non ha tempo di coagularsi fino a quando non ha raggiunto la vescica. Quando invece il coagulo si forma nella pelvi si possono avere coliche renali analoghe a quelle date dai calcoli. La grossezza del coagulo non ha rapporto con la gravità della colica.

Nel rene mobile il dolore è spesso presente, ma siccome detta condizione si associa ad altre manifestazioni di visceroptosi la diagnosi differenziale in rapporto all'attribuzione del dolore può essere difficile. Specie se il dolore è localizzato a destra si può pensare all'appendicite, al cieco mobile, e ad altre affezioni addominali. In tali casi conviene ricorrere al cateterismo ureterale ed alla pielografia. Il peso specifico dell'urina defluente dal rene mobile è minore di quello dell'urina dell'altro lato, in rapporto alla diuresi riflessa unilaterale. Qualche volta invece il peso specifico è maggiore in rapporto forse ad un assorbimento del liquido durante la stasi. La pielografia può dimostrare alterazioni pelviche e modificazioni del calibro e della direzione dell'uretere.

I dolori renali possono essere provocati anche da altre cause: nefrite cronica, infarti, cisti idatidee, nonchè da affezioni della vescica e dell'uretra (cancro della vescica, papilloma di un orificio ureterale, ipertrofia prostatica, restringimenti uretrali). L'esame rettale, la cistoscopia, il cateterismo, l'analisi dell'urina indirizzano in tali casi ad una giusta diagnosi.

La cura dei dolori renali si basa essenzialmente sulla rimozione della causa che li produce, e quindi sul trattamento medico o chirurgico del processo morboso. Recentemente è stato proposto e messo in pratica, sembra con buoni effetti, la resezione dei nervi renali ne le nefriti dolorose, nelle piccole idronefrosi, nelle neuralgie renali a carattere ben definito.

Dr.

L'importanza della costante nella nefrectomia.

(QUÉNU. *Journal d'urologie*, luglio 1922).

Quando un chirurgo deve accingersi ad una nefrectomia per una causa qualsiasi, occorre sapere quale sia il rene malato e se l'altro sarà in grado di funzionare sufficientemente per tutto l'organismo. Vero è che oggi dopo numerosi tentativi e svariati metodi di indagine, possediamo nel cateterismo degli ureteri un mezzo assai sicuro e semplice per rispondere a tutte e due le domande, ma qualche volta, specie nella tbc. vescicale, il cateterismo, non è possibile e non riesce. Entrano in campo allora altri metodi, tra i quali l'autore non vorrebbe vedere scelto che uno solo: la ricerca della costante di Ambard, dalla nota formula

$$k = \frac{Ur}{\sqrt{\frac{D \times 70}{P}} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}$$

in cui Ur = azotemia (ossia la quantità di urea nel sangue); D = quantità di urea nell'urina nelle 24 ore; P = il peso del soggetto; C = la concentrazione dell'urea nella urina e in cui il valore normale di K corrisponde a 0.070, mentre un valore di K = a 0.10 indica una deficenza funzionale della metà, 0.14 di 3/4; 0.21 di 8/9. La costante offre ancora il vantaggio di non essere influenzata dal regime alimentare mentre varia non solo con la quantità ma anche con la qualità del parenchima renale. D'altra parte non bisogna richiedere alla costante alcuna indicazione nè sulla localizzazione nè sulla ripartizione delle lesioni.

Quando il cateterismo degli ureteri fosse impossibile, una costante bassa non vuol dire unilateralità, ma solo operabilità.

Quando la costante è più elevata allora è difficile stabilire il limite massimo della operabilità, ed è molto meglio non fissare dei valori-limite, poichè sono stati operati con successo anche malati con una costante uguale a 0.204. Bisogna allora che l'esperienza personale giudichi caso per caso tenendo conto del risultato delle indagini radiografiche, dell'aspetto del rene malato esaminato durante l'operazione o dall'esplorazione di ambedue. Quindi più elevata è la costante e più s'ha il diritto di richiedere dal rene che si toglie delle alterazioni importanti, affinchè si possa sostenere che malgrado l'elevata costante, l'individuo viva grazie all'efficenza del rene superstite. In questo caso il cateterismo può porgere effettivamente un aiuto prezioso, ma soltanto per una comparazione dei due valori. Quando la nefrectomia è controindicata per costanti troppo elevata (0.150 ad es.) possono giovare — come effettivamente hanno giovato — le operazioni palliative (esclusione, ureterostomia, nefrostomia) oppure semplicemente un regime alimentare appropriato, agendo così sull'elemento *nefrite*.

Tutte queste considerazioni indirizzano verso le seguenti conclusioni, che cioè non biso-

gna scartare definitivamente dall'operazione una tubercolosi renale ad esempio, per una costante troppo elevata, ma piuttosto occorre ripetere più volte l'esame a distanza di tempo variabili e in circostanze differenti, sottoponendo, ove al caso, gli ammalati ad interventi temporanei onde dar loro la possibilità di migliorare la nefrite e permettere all'altro rene di ipertrofizzarsi compensativamente.

Un altro elemento, quanto mai importante per la decisione dell'intervento è rappresentato dallo stato generale del malato: ma per questo giudizio non può valere putroppo nessuna formula nè alcuna cifra. Il senso clinico è l'unico che possa giudicarne, tenendo conto di tutti quegli elementi sottili ed imponderabili che non possono essere mai trascurati in simili circostanze. Il dimagrimento rapido, una febbre elevata che non dipenda dalle lesioni renali, la concomitanza di altre localizzazioni tbc. controindicano l'intervento.

Una volta stabilita la nefrectomia rimane a stabilire il lato della affezione. Per rispondere a tale quesito nella maggioranza dei casi basta: 1) stabilire con l'esame cistoscopico il lato del predominio della lesione vescicale o lo aspetto anormale di uno degli orifizi; 2) vagliare i segni clinici obbiettivi alla palpazione: segni di ingrossamento del rene, dolore provocato, contrattura, difesa muscolare, indurimento dell'uretere avvertibile con la esplorazione vaginale; 3) segni clinici subbiettivi: i dolori sordi o per crisi hanno un grande valore come indice di localizzazione quando siano unilaterali, specie se datano da tempo.

Tutti questi segni hanno valore solo se presenti tutti insieme: giustificano la messa allo scoperto del rene supposto malato e la sua exeresi se riconosciuto tale. In caso contrario doppia lombotomia esploratrice.

La doppia lombotomia infatti permette nella grandissima maggioranza dei casi, nella tbc. in ispecial modo, di giudicare se un rene messo allo scoperto, decorticato, sia malato ed in qual grado: permette cioè la nefrectomia. Legue, ad es., sostiene che gli basta vedere senza inciderli i reni nel loro aspetto esterno, insieme coll'urètere, per giudicare quale dei due sia il più malato e procedere così senz'altro alla nefrectomia. La doppia lombotomia può anche occorrere per un errore di localizzazione, quando cioè si è messo allo scoperto in un caso indubbio di tbc. renale un rene poi trovato sano o troppo poco malato e tale da non giustificare un valore elevato della costante. Ma può anche invece avere la sua ragione ed esser previsto senz'altro, quando, ad es., non esiste alcun indice netto per la sua localizzazione e quando si abbia a sospettare, seriamente, appunto per la costante, lesioni bilaterali diffuse. In questi casi è meglio andare a vedere prima il rene supposto sano e poi passare, nel caso positivo, senz'altro, alla nefrectomia di quello malato. Vero è che la doppia lombotomia ha anch'essa i suoi svantaggi: operazione più lunga; traumatismo operatorio due volte più considerevole, senza contare la mutilazione che risulta per la presenza delle due breccie. Ma il vero rischio è quello che si fa correre al rene sano, chè anzi un incidente, quale la rottura di una arteria polare superiore, può costringere a soprassedere alla nefrectomia dell'altro rene da non intraprendersi che dopo altri esami. Ciò nonostante la doppia lombotomia, garentisce in modo quasi assoluto da molti errori e salva sopratutto dalla eventualità — cui bisogna sempre pensare — di un rene unico.

La costante ha un grande valore sia nella nefrectomia secondaria che in tutte le altre lesioni renali che non le tubercolari. Per esse, del resto, vale tutto quello che è già stato detto: non solo, ma, della costante bisogna tenere un gran conto anche in quei casi in cui è stato possibile praticare il cateterismo sia uni che bilaterale. Infatti con il sondaggio degli ureteri non è detto che l'urina venga raccolta tutta dal catetere o che i valori così ricavati corrispondano ai veri. Troppo note sono le cause che possono influire sui valori ricavati e sul funzionamento renale. Il cateterismo permette, è vero, un esame cito-batteriologico, ma non fornisce assolutamente un'idea esatta del valore funzionale assoluto di un rene dal punto di vista secretorio, valore che la costante ci fornisce e cui bisogna sempre domandare.

Così, quando la costante è favorevole il lato malato evidente, la radiografia positiva, il cateterismo degli ureteri è superfluo ed inutile. Dev'essere quindi tale mezzo di indagine assolutamente abbandonato? No: la sua indicazione però si può limitare a quei casi in cui in presenza di una costante elevata occorra stabilire il valore funzionale comparato dei due reni. Tali sono i resultati dedotti da una statistica di otto anni di esperienza con 631 nefrectomie (mort. 3.6 %) del prof. Legue.

E. MINGAZZINI.

L'atrofia della prostata.

(E. PAPIN. *Le Scalpel*, 16 settembre 1922).

La prostata organo adeno-muscolare, può subire ogni sorta di alterazioni dovute ad agenti e processi quanto mai diversi. E se

spesso è la parte glandolare cui spetta l'importanza maggiore nei disturbi che riconoscono la prostata come loro causa è pur vero che anche alla parte connettivale talora e oggi tanto più spesso quanto più minute sono le indagini, sono dovute quelle alterazioni che vanno sotto nomi diversi, quali atrofia della prostata, prostatismo senza prostata, malattie del collo e via dicendo.

Dell'atrofia della prostata possono essere riconosciute diverse specie:

1) Atrofia congenita;
2) Atrofia senile semplice;
3) Atrofia senile con adenoma;
4) Atrofia da prostatismo cronico;
5) Atrofia per tbc. a forma sclerogena;
6) Atrofia per lesioni o soppressione dei testicoli.

Alcune di queste specie di atrofia sono ben conosciute, quali ad es. l'atrofia congenita, quella prodotta dai raggi X o da lesione o asportazione dei testicoli. Così l'atrofia semplice è un fenomeno ben conosciuto da tempo e individualizzato da Frisch. Ma è piuttosto rara ed è dovuta alla retrazione progressiva del tessuto connettivale: è un'atrofia cioè particolarmente fibrosa. Ma bisogna d'altro canto esser prudenti nel riferire ogni disturbo prostatico senza ingrossamento apparente della prostata a quella forma di adenoma che Zuckerkandl ha definito ipertrofia in miniatura e nei quali in cui esiste sì un adenoma, ma è minimo.

Invece esiste una vera e propria atrofia al di fuori di ogni adenoma e dovuta a processi infiammatori torpidi ad andamento assai cronico.

È probabile che si possa trattare di processi di difesa a tipo sclerotico contro un'infezione bacillare. Due casi personali dell'A. avvalorerebbero l'ipotesi di tale processo il quale si manifesta dapprima con un'incontinenza, disturbo delle fibre del collo che aprono la vescica, e poi formazione di un tessuto cicatriziale fibroso duro causa della ritenzione. La cura in quei casi nei quali non si tratta di adenoma deve tendere a sopprimere l'ostacolo ossia il collo rigido, cioè lo sfintere interno senza intaccare quello esterno. La dilatazione forzata del collo per via alta o bassa (Chetwood e Choltzon) è poco raccomandabile. È meglio scegliere tra un *arrachement* del collo ed una resezione del labbro posteriore di esso, o le operazioni eseguite per via endoscopica, la sezione cioè del labbro posteriore del collo (Young) o l'applicazione della diatermia.

E. MINGAZZINI.

Cause e trattamento dell'incontinenza d'urina.

(W. IRWIN. *Practitioner*, settembre 1922).

L'A. distingue l'incontinenza vera dalla falsa, in cui la perdita di urina è dovuta a rigurgito.

Distingue l'incontinenza vera in attiva, dovuta a contrazione spasmodica della vescica, e passiva dovuta a insufficienza degli sfinteri.

L'incontinenza attiva si ha quando la vescica è tagliata fuori del controllo cerebrale, quindi nei bambini sotto due anni, nel Pott, nelle lesioni spinali, ecc.

Si ha pure nelle infezioni della vescica e del l'uretra prostatica, specialmente nelle lesioni tubercolari avanzate; nella fosfaturia, nell'ossaluria, nell'urina molto acida. L'enuresi notturna dei fanciulli è pure un'incontinenza attiva; di solito non compare prima del quinto anno. L'eredità è un fattore predisponente; vi contribuiscono anche anormalità dell'urina, vermi intestinali, fimosi ed ogni altra causa di ipereccitabilità riflessa: es., calcoli vescicali. Nei giovani pensare all'epilessia.

Oltre le cure causali, sintomaticamente contro lo spasmo vescicale è utile la tintura di giusquiamo, la tintura di belladonna, o suppositori con tintura di belladonna e morfina, e le applicazioni calde al pube. Nell'enuresi notturna, oltre l'esame delle urine è utile la cistoscopia; anche l'eccessiva quantità di urina, distendendo la vescica, può eccitare il detrasore. Bisogna migliorare le condizioni generali del bambino con la vita all'aria aperta, la ginnastica, il massaggio, i tonici. È meglio non mardarlo a scuola. È da proibire il the e il caffè; e qualunque liquido dopo le sei pomeridiane. Il fanciullo deve cercare di trattenere l'urina durante il giorno più a lungo che può; deve dormire sul fianco, sopra un letto duro. Riconosciuta l'ora dell'enuresi, si deve svegliare e fargli vuotare la vescica prima di tale ora, Se l'urina è alcalina giova il citrato potassico. Se contiene batteri è utile l'urotropina e il fosfato di sodio. Si possono tentare le iniezioni uretrali, le iniezioni epidurali e le presacrali, nonchè il trattamento elettrico. Se il fanciullo è tardo e sonnolento può giovare l'estratto di tiroide.

È largamente usato l'estratto di belladonna, ma bisogna sorvegliare l'uso, per tema di accidenti tossici. Per ultimo si tenti il sigillamento dell'uretra, la sera dopo la minzione, con cotone e collodio: la notte il fanciullo si desta, e può urinare previa ablazione del sigillo. Il metodo si continua finchè l'incontinenza guarisce. L'incontinenza attiva negli adulti cede spesso al passaggio delle sonde

e alle instillazioni uretrali, oppure alla distensione della vescica sotto anestesia se è divenuta contratta. Si può anche usare il sigillamento.

L'incontinenza passiva dipende da paralisi o lesione, anche chirurgica, degli sfinteri, da difetti congeniti, da calcoli incuneati, da fistole vescicali. Le donne pluripare hanno talora una lieve incontinenza, manifesta ad es. nel tossire, di origine traumatica; quantunque donne che non hanno sofferto alcuna lesione meccanica possono perdere temporaneamente il controllo dei loro sfinteri vescicali per lievi cause, come ad es. la diarrea. Queste incontinenze temporanee cedono all'elettroterapia: un elettrode nell'uretra e grosso elettrode indifferente sulla regione soprapubica. Spesso è utile la stricnina e le istillazioni di nitrato d'argento. Talvolta occorre un pessario. Nei casi gravi, quando tali rimedi falliscono è da tentare il trattamento operativo: talvolta ha giovato la torsione dell'uretra. Le paralisi degli sfinteri devono essere esattamente diagnosticate, e trattate causalmente se possibile. Nei casi che seguono alla prostatectomia perineale si può provare l'istillazione di nitrato d'argento 1-2 % nell'uretra prostatica. Qualcuno raccomanda di suturare l'uretra membranosa. I calcoli dell'uretra membranosa vanno respinti in vescica, o evacuati per via perineale. Se tutto fallisce, il paziente porterà la borsa di gomma.

La falsa incontinenza si ha nei prostatici, nei ristretti, nelle lesioni e malattie spinali, nelle tossiemie (ad es. febbri acute), nell'atonia temporanea da sovradistensione, per impegno di un calcolo o di un corpo estraneo nell'uretra, per tumori uretrali; nell'utero gravido retroverso, ecc. Nelle lesioni nervose, la vescica va vuotata periodicamente e asetticamente. Il vuotamento in ogni caso di ritenzione cronica va fatto lentamente: il paziente va tenuto caldo, in letto; gli si darà dell'urotropina, e con un catetere a permanenza, munito di rubinetto, si estrarrà circa un decilitro all'ora. Si farà poi la cura causale, quando è possibile.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

D. MAESTRINI. *Cardiografia ed Elettrocardiografia Angiografia.* Prefazione del prof. S. Baglioni. Un vol. in-8, di pag. VIII-168, con 64 fig. Casa Editrice L. Pozzi, Roma 1923. Prezzo L. 20.

La semiotica, la fisiopatologia e la terapia delle affezioni cardiache si sono completamente rinnovate nel corso di pochissimi anni; i cardiologi parlano oggi un inguaggio che i medici laureatisi un decennio addietro non intendono più, se non hanno seguito il rapido progresso di tali studi.

Il progresso è dovuto in gran parte all'impiego di nuovi metodi di registrazione. Opportunamente il prof. Maestrini ha provveduto a descrivere, analizzare e discutere questi metodi nel volume che presentiamo, in cui egli dimostra la sua piena padronanza in tale campo. Il copioso corredo d'illustrazioni rende più chiara e quasi lampante l'esposizione.

Reputiamo opportuno di riprodurre la prefazione che il prof. Baglioni ha scritto per questa monografia.

« Lo studio pratico delle funzioni degli organi centrali e periferici della circolazione sanguigna è uno dei campi che ha maggiormente attratto l'attenzione dei fisiologi e dei clinici, per la grande importanza che questi organi hanno nell'economia del complessivo normale e patologico.

I metodi di indagine, che rappresentano i veri strumenti pratici di progresso nelle scienze sperimentali, si sono andati, in questo campo, più che in qualsiasi altro della fisiologia umana ed animale e della clinica, vertiginosamente accumulando, tanto da riescire molto difficile, se non impossibile, oggi a chi voglia accingersi ad eseguire ricerche sull'argomento, trovare nei comuni trattati teorici o tecnici un'esatta descrizione di questi apparecchi, non disgiunta dalla necessaria critica sui principî, su cui ciascuno di essi è fondato, e sui vantaggi da essi presentati.

Bene, quindi, ha fatto D. Maestrini nel raccogliere nel presente volume, in forma sintetica e critica, la descrizione dei numerosi metodi ed apparecchi sinora escogitati per l'esame funzionale del cuore e dei vasi sanguigni. L'utilità che ne trarranno fisiologi e medici pratici, assicurerà all'opera il meritato successo ».

a. p.

ELIAS H., JAGIÉ N., LUGER H. *Leitfaden der Klinischen Krankenuntersuchung.* (Berlin, Urban und Schwarzenberg, 1922).

Gli AA. si sono proposti il compito di dare a medici e studenti una guida che potesse lo-

ro servire nell'esame del malato indicando con esposizione concisa e schematica tutto quello che i mezzi comuni di osservazione del malato possono far rilevare. Il volumetto tratta quindi della ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione.

Il testo non è corredato nè da schemi nè da figure.

TR.

DELTHIL ED. et SÉDILLOT J. *Le catéchisme de l'asthmatique et de l'arthritique.* — Paris, L'expansion scientifique française, 1922.

La pubblicazione di questa 2ª edizione è stata cura particolare del Sédillot, che, come dichiara nella prefazione, accettando senza alcuna restrizione tutte le idee del Delthil sulla patogenesi dell'asma, ne segue esattamente le direttive terapeutiche. E in questo piccolo manuale dedicato forse più al malato che al medico, si sforza di dimostrare come tutti i fatti recentemente osservati (anafilassi, emoclasia, ecc.) servano a dare una spiegazione scientifica dei principii enunciati e seguiti dal suo maestro.

TR.

X. B. LUNGHETTI. *Tumori in generale.* Trattato di anatomia patologica pubblicato dal prof. PIO FOÀ. Unione Tipografica Editrice Torinese.

L'A. ha diviso il volume in due parti: nella prima tratta la biologia dei tumori; nella seconda la morfologia. Ha cercato così di coordinare e di disciplinare tutte le cognizioni che possediamo sopra questo oscuro problema dei tumori, il quale ancora nonostante tante ricerche non si conosce la patogenesi e la etiologia.

Il Lunghetti, dovendo scrivere un capitolo di un trattato, ha saputo mantenersi serenamente obiettivo nell'esposizione dei fatti pur assoggettandoli a una critica equilibrata.

Nella classificazione il criterio seguito è quello istogenetico ed istologico e secondo esso i tumori vengono divisi in 8 categorie e in speciali appendici, l'A. tratta di quei tumori i quali per i loro caratteri molto difficilmente si lasciano riportare nei tipi fondamentali.

Il testo è illustrato con 5 figure molte delle quali a colori e l'edizione, per l'eleganza e la chiarezza, sta alla pari con gli altri fascicoli.

M. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(*Roma, 5-8 aprile 1923*).

Dott. MASSIMI GIUSEPPE (Roma). — *L'aborto terapeutico.* (*Brevi considerazioni medico-legali*). — L'O. riassume le ragioni comprovanti la necessità di aggiungere agli articoli del Codice penale sul «*procurato aborto*» un capoverso che riconosca esplicitamente la legittimità dell'aborto terapeutico.

DISCUSSIONE.

Prof. MIRANDA (Napoli). — Non sembra necessaria la modificazione alla Legge. È necessario che l'indicazione medica per l'interruzione sia constatata presente in un consulto medico.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Il consenso di uno o più medici, meglio se scritto, che determini le indicazioni per l'aborto terapeutico, specialmente se dato da medici di indiscussa competenza, basta a non far temere i rigori della Legge senza bisogno di modificarla. Così fu deciso anche da Società ostetriche tedesche.

Prof. COVA (Siena). — Le considerazioni del dott. Massimi non possono aver valore pratico: in nessun caso la corretta interruzione della gravidanza a scopo terapeutico ben riconosciuto dette luogo a procedimento legale.

Prof. GUZZONI (Modena). — È d'accordo con gli OO. precedenti. Alla stregua delle condizioni fatte dal dott. Massimi per l'aborto terapeutico, esse si dovrebbero fare per l'embriotomia a feto vivo, che pur raramente può esser necessaria.

Dott. BRIZI FRANCESCO (Roma). — *Esperimenti su due casi di analgesia del parto con la Tocanalgina Laurent.* — Gli esperimenti furono fatti nella Maternità degli Ospedali di Roma diretta dal prof. Micheli. L'iniezione dell'analgesico provocò tendenza al sonno, cefalea, diminuzione del dolore. Il parto decorse spontaneo con contrazioni un po' raccorciate e slontanate. I feti ambedue asfittici furono rianimati non senza difficoltà. Questo è a carico del farmaco.

Dott. PUCCINELLI VITTORIO (Roma). — *Rottura d'utero con formazione di vasto ematoma pelvi-ileo-lombare.* — Riferisce estesamente il caso clinico importantissimo per la *lesione anatomopatologica* non comune, consistente nello scollamento di tutto il peritoneo pelvico, di quello della fossa iliaca e lombare a sinistra per una raccolta sanguigna proveniente da vasi lacerati del collo uterino, per l'assenza di emorragie esterne e per l'esito felice malgrado la suppurazione avvenuta di un così vasto ematoma retroperitoneale. La paziente, portata alla Maternità degli Ospedali di Roma diretta dal prof. C. Micheli in gravissime condizioni per l'avvenuta rottura nel parto a domicilio, è guarita.

Dott. COLOMBINO CARLO (Milano). — *Ematurie in gravidanza.* — Viene riportato un caso della cosi-

detta ematuria renale essenziale, che datava da due anni riapparsa in occasione di una gravidanza e subito migliorata dall'interruzione artificiale al terzo mese. Altri cinque casi riguardano emorragie di origine vescicale in gravidanza negli ultimi mesi, insorte su base infiammatoria (cistite del trigono una volta, cistite a focolai multipli le altre, con localizzazioni a chiazze per lo più sul pavimento) e dove la perdita sanguigna più o meno abbondante trovò, con ogni probabilità, il suo fattore predisponente nell'iperemia attiva e passiva della gravidanza. Ottenuto sempre un rapido miglioramento: terapia particolarmente efficace: le istillazioni con soluzione di nitrato d'argento.

DISCUSSIONE.

Prof. GAIFAMI (Roma). — Ricorda un caso nel quale la emorragia vescicale assunse un'imponenza insolita e fu causa della morte della paziente terzipara che si era presentata con segni che autorizzavano il sospetto di rottura dell'utero gravido. All'operazione vuotato l'utero ed aperta la vescica si trovarono 1500 gr. di sangue coagulato. Nella patogenesi crede si deve indicare per queste ematurie oltre l'iperemia attiva e passiva anche la pressione dell'utero gravido, i disturbi conseguenti del circolo e la esistenza del circolo retrogrado.

Dott. COLOMBINO CARLO (Milano). — *Le fistole ureteriche post-operatorie in ginecologia.* — Su otto casi di fistola, 4 volte uretero-vaginale e 4 volte uretero-cutaneo-addominale, con interruzione completa del condotto, si osservarono tre guarigioni spontanee per obliterazione del tragitto fistoloso, cinque volte venne praticata la nefrectomia. L'esame dei reni estirpati, quattro nel 1° o nel 2° mese dopo la costituzione della fistola, il quinto oltre un anno dopo, dimostrò *costantemente* delle *gravissime alterazioni,* per lo più in forma di glomerulite e di nefrite interstiziale diffusa, oltrechè di infiltrazione e di suppurazione del bacinetto; in tre casi si potè facilmente rilevare un'infezione in atto. Tali alterazioni, comparse assai precocemente come si può presumere da un diligente esame della funzionalità renale, praticato poco dopo l'insorgenza della fistola, rendevano illogico qualsiasi progetto di trapianto dell'uretere per quanto precocemente esso potesse essere prospettato. Si richiama l'attenzione sopra il valore pratico di questi reperti.

DISCUSSIONE.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Osserva per la patogenesi delle fistole ureteriche che l'uretere nell'operazione per fibromi intraligamentosi è evitato se, incisa la lamella aponevrotica nel cui spessore scorre l'a. uterina, se ne apre una seconda sottostante nel cui spessore è compreso l'uretere. Avvenuta la lesione ureterica preferisce all'innesto uretero-vescicale la nefrectomia.

Prof. DE GRISOGONO (Trieste). — Su 236 operazioni di Wertheim negli ultimi 12 anni ha avuto nel suo reparto 5 casi di fistole uretero-vaginali per necrosi secondaria, guarite con la nefrectomia. Riferisce dalla sua casistica le volute resezioni ureteriche sempre nelle Wertheim.

Prof. REGNOLI (Roma). — Riferisce un suo caso di lesione ureterica guarito spontaneamente.

Dott. PUCCINELLI VITTORIO (Roma). — *Le peritoniti puerperali.* — L'O. riferisce suoi casi clinici ed a conclusione delle osservazioni fatte espone la convinzione che la peritonite acuta d'origine puerperale deve essere operata presto e così largamente da riuscire efficace e questo crede sia il passo che presso di noi deve compiere con tutta sicurezza la dottrina della peritonite puerperale per cercare di ridurre la grave prognosi di questa malattia.

Dott. SPINELLI MAMELI (Napoli). — *Utero didelfo di cui il destro gravido non comunicante nè con la vagina nè con l'utero sinistro.* — L'uovo morto da circa 4 mesi era contenuto nell'utero destro. L'O. presenta il pezzo anatomico che per le sue particolarità è un bell'esempio di migrazione esterna degli spermatozoi in cerca dell'uovo da fecondare.

DISCUSSIONE.

Prof. CLIVIO (Genova). — Ricorda un caso analogo nel quale la gravidanza era al VII mese con feto morto in utero bicorne.

Prof. CAPPELLANI (Messina). — Ricorda un caso clinico nel quale la diagnosi di gravidanza protratta in utero bicorne fu confermata all'atto operativo. La donna si era messa in travaglio che si sospese dopo poco dall'inizio con la morte del feto.

Dott. SCONTRINO ALBERTO (Roma). — *Applicazioni al campo ginecologico delle reazioni precipitanti meiostagmiche e di deviazione del complemento secondo Izar.* — L'O. ha ripetuto le ricerche di M. Ascoli e Izar per applicare la reazione meiostagmica alla diagnosi biologica dei tumori maligni nel campo ginecologico. Espone tutto il dottrinale e riferisce dettagliamente le sue prove in numerosi quadri per casi di adenomi mammari, epiteliomi del collo uterino, tumori ovarici, cancro del corpo uterino, carcinomi vaginali, ponendo i resultati così ottenuti con quelli da tumori di altra sede.

Conferma per queste prove i buoni risultati della reazione di Ascoli ed Izar, riconoscendo ad essa R. M. una superiorità per sensibilità e facilità di esecuzione.

Dott. CATERINA EUGENIO (Salerno). — *Caso rarissimo di esonfalo embrionario con agenesie molteplici.* — Le anomalie ed agenesie si riferiscono al periodo embrionario dei primi 3 mesi di vita intrauterina per incompleta chiusura della lamina di Rathke. Il fegato fuoriuscito ha costituito la parte presentata in travaglio. Inserzione in parte velamentosa del funicolo brevissimo. Assenza dell'intestino tenue (enterocistoma per anse isolate non comunicanti), assenza dei reni e capsule surrenali, della vescica, dei genitali, del sacro, delle ossa iliache. Al di sotto della regione lombare grossa tumefazione cistica: nell'inguine sinistro piccolo tubercolo spostabile impervio. La parete addominale solo costituita in avanti dalla membrana

reuniens di Rathke, distesa dai visceri erniati, prima della rottura.

Discussione.

Prof. Clivio (Genova). — Domanda se fu osservata la presenza di qualche briglia amniotica a giustificazione di alcuna delle molteplici malformazioni.

Prof. Volpe (Napoli). — Crede il caso meglio indicato con la parola *gastroschisi*, anche in rapporto al momento della vita embrionaria nel quale la malformazione si sarebbe stabilita. Era pure utile conoscere se nella sacca di gastroschisi v'era o no il peritoneo parietale. Io lo vidi in un caso, che descrissi, distinto dal rivestimento amniotico. Pure sarebbero stati utili rilievi circa la lue dei genitori.

Dott. Caterina (Salerno). — Non furono riscontrate briglie amniotiche. La complessa malformazione aveva e i caratteri della gastroschisi e quelli dell'esonfalo. Non fu praticata la R. W. per considerazioni famigliari.

Dott. Albano (Roma). — *L'urotropina nella profilassi e terapia delle complicazioni urinarie in ginecologia ed in ostetricia.* — L'O. fondandosi sulle sue esperienze di circa 90 casi trattati con urotropina per os e per via endovenosa e ricercando poi l'aldeide formica nell'urina, ritiene che il miglior modo di somministrazione siano le iniezioni endovenose giornaliere di 2 grammi di urotropina.

Discussione.

Prof. De Grisogono (Trieste). — Ha adoperato le iniezioni endovenose di urotropina dopo interventi ginecologici per ottenere minzioni spontanee. Il risultato fu soddisfacente in generale ad eccezione che dopo le operazioni di Wertheim nelle quali fu nullo.

Dott. Albano (Roma). — Il Vogt per il primo adoperò l'urotropina per iniezioni endovenose come profilassi ante-operatoria in 200 casi. Crede che in tale larga esperienza siano comprese anche operazioni di Wertheim.

Dott. Bile Carlo (Napoli). — *Sul valore sociale e clinico del taglio cesareo e su di un metodo rapido di taglio cesareo a domicilio.* — Ecco la tecnica proposta: Incisione mediana paraombelicale sopra e sotto la cicatrice — fissazione del peritoneo parietale alla parete uterina, comprendendo anche la muscolare, circuendo una zona elissoidale per la incisione cesarea, esclusa così dalla cavità peritoneale. Estratti feto ed annessi fetali — liberazione dell'utero dal peritoneo parietale e sutura a doppio strato dall'incisione uterina cesarea.

Discussione.

Prof. Pestalozza (Roma). — È contrario al taglio cesareo eseguito a domicilio. La cesarizzanda deve esser ospitalizzata. Nei casi eccezionali la tecnica transperitoneale sul segmento inferiore sarebbe da preferire. Non gli sembra necessaria una tecnica nuova. La fissazione dell'utero gravido alla parete addominale potrebbe esser occasione di emorragie da atonia nel secondamento.

Prof. Guzzoni (Modena). — Non crede facile e rapido il metodo proposto dal dott. Bile per il taglio cesareo. Ad ogni modo si compiace del tentativo di diminuire il numero ancora troppo alto delle embriotomie a feto vivo.

Prof. Volpe (Napoli). — Nella clinica e nella pratica ostetrica di Napoli l'embriotomia a feto vivo è si può dire cancellata dal novero delle operazioni, solo praticata in casi eccezionalissimi, là dove troppo grande è il pericolo materno.

Dott. Bile (Napoli). — Risponde al prof. Pestalozza che la fissazione utero-parieto-addominale viene annullata col suo metodo subito dopo la sutura cesarea uterina, e quindi l'atonia dell'utero reso libero, può esser trattata alla maniera solita.

Ai proff. Guzzoni e Volpe risponde che egli ha parlato di atti embriotomici frequenti solo per la ostetricia di condotta e di campagna, non per quella che si fa dagli ostetrici eletti in Clinica o in Maternità.

Prof. Santi Emilio (Arezzo). — *L'esplorazione rettale durante il travaglio di parto.* — L'A. crede che l'esame ostetrico per via rettale debba aver maggiore diffusione, ad evitare il pericolo della infezione puerperale in massima parte provocato dalle esplorazioni vaginali ostetriche. L'A. crede che alla levatrice debba esser consentito l'esame ostetrico interno solo per via rettale, che col sussidio dell'esame esterno dà modo di riconoscere esattamente l'andamento del parto nel 90 % dei casi.

Discussione.

Prof. Micheli (Roma). — Se l'esplorazione rettale vuole esser consigliata per le levatrici incolte, queste, dopo averla praticata, avranno più facilmente le mani improprie per il disimpegno successivo della testa fetale e si sa quante volte il b. coli è in causa nella infezione puerperale. Trova che l'esplorazione perineale praticata invaginando col dito il perineo verso il lume vaginale fino alla testa fetale è meno pericolosa e può dare indicazioni circa il livello della testa stessa, talora anche circa la rotazione interna.

Dott. Artom (Roma). — L'esplorazione rettale è sempre mal sopportata dalle partorienti anche per la facile presenza di emorroidi.

Dott. Severi (Legnago). — Venti anni addietro il metodo dell'esplorazione rettale era adoperato nella clinica dal prof. Fabbri a Modena ed era considerato utile.

Prof. Clivio (Genova). — Crede che colla cultura presente delle levatrici non sia opportuno nè utile rendere obbligatoria la esplorazione rettale.

Prof. Gelli (Firenze). — Conviene col professor Clivio sull'inopportunità di consigliare alle levatrici odierne l'esplorazione rettale, che in caso può esser praticata solo dalle levatrici elette delle Cliniche e Maternità.

Prof. Alfieri (Pavia). — Le riserve fatte dal prof. Micheli e dagli altri OO. trova giuste. La esplorazione rettale potrebbe esser utile però nelle partorienti con sepsi vaginale.

Prof. Cova Ercole (Siena). — *Il potere proteolitico del sangue sulla placenta, studiato median-*

te la digestione artificiale. — Tenendo a contatto in termostato polvere di placenta con siero di sangue per 24 ore, si rileva una sensibile diminuzione di peso della placenta. Non si hanno differenze evidenti usando siero di sangue di gravide o di donne non gravide.

Dott. PERONDI GIULIANO (Galluzzo-Firenze). — *Sulla genesi del pigmento cutaneo.* — Esclude la origine ematica, ammette che il pigmento sia dovuto a melanina. Ha fatto le ricerche con i metodi di Bloch e di Unna ed ha visto l'aumento della funzione pigmentogena in gravidanza.

Dott. RAGUSA BIAGIO (Roma). — *La frequenza e le cause dell'aborto.* — L'A. calcola che il rapporto fra aborti e parti sia nella città di Roma del 23 %. La causa di aborto si trova solo nel 10 % : gli altri quasi certamente sono procurati. Nella città di Roma vi sono ogni anno oltre diecimila nascite in meno in rapporto alle popolazioni dei piccoli paesi, però 2/3 di dette mancate nascite non devono attribuirsi agli aborti procurati, ma in parte alle pratiche malthusiane e in parte ai postumi di malattie veneree. Insiste nell'idea di formare una *Lega di propaganda contro l'aborto procurato.*

DISCUSSIONE.

Prof. CAMMARELLA (Roma). — Più che una *Lega contro l'aborto procurato* vorrebbe veder costituiti dei *Comitati permanenti* di persone elette, competenti per lo studio di tutte le questioni connesse alla maternità. A questi Comitati dovrebbe esser devoluto anche il compito di combattere l'aborto criminoso con provvedimenti che persuadessero levatrici e medici ad abbandonare le pratiche abortive criminose (*).

Dott. SIMONE MATTEO (Roma). — *Traumi ginecologici fuori gravidanza. (Illustrazioni di casi clinici).* — Sulla scorta di otto casi clinici, di cui quattro personali, l'A. crede che i traumi ginecologici possono essere responsabili, oltre che di lesioni contusive o laceranti, anche di spostamenti utero-vaginali: più di frequente la retroflessione, meno il prolasso.

Dott. CATERINA EUGENIO (Salerno). — *Taglio cesareo ripetuto sulla stessa donna - Esito felice per la madre e per il feto.* — Secondipara rachitica: C. V. di 6 cm. e mezzo. Aderenze omentali divise, non impedirono l'eventrazione dell'utero. La vecchia cicatrice cesarea quasi non era più chiaramente individualizzabile. Fu praticata l'incisione cesarea uterina alla Fritsch, trasversale sul fondo. Non si praticò la sterilizzazione tubarica. La pituitrina valse a sedare l'emorragia da atonia.

L'A. fa seguire considerazioni circa l'ospitalizzazione *ante partum* delle cesarizzande e circa il diverso trattamento del bacino viziato nelle cliniche, maternità e nella condotta. Crede utile la sterilizzazione temporanea alla Cova.

(*) La proposta del prof. Cammarella venne discussa in seduta amministrativa e non venne adottata.

Prof. PAZZI MUZIO (Bologna). — *In tema di ginecologia sociale.* — *Puericoltura* e *Ginecologia sociale* legano la Ginecologia e l'Ostetricia alla Medicina sociale. L'Università di Pavia richiese l'istituzione dell'insegnamento ufficiale della «Puericoltura» a dimostrare l'importanza del problema delle cure prenatali. L'A. vuole provvedimenti analoghi per la «Ginecologia sociale», da lui coltivata nell'insegnamento libero di 10 anni nelle Università di Genova e Bologna.

Prof. PAZZI MUZIO (Bologna). — *Rapporti fra malattie mentali e malattie ginecologiche.* — L'A. ha diretto per quattro anni una casa di salute per nervose. Ha studiato una centuria di casi; ha visto che la *psichiatria* ha più rapporti con la *ginecologia* che con altra branca speciale della medicina. Ha visto che per le psicopatie degenerative, lo stimolo genitale, patologico o no, rappresenta una pura concausa. Quale pregiudiziale per ora insolubile resta per l'A. la predisposizione ad uno stato psicosico nella donna, anche quando sia accertato che, come cause determinanti disturbi psichici e vere psicosi vi siano quelle psico-genitali (passioni o disillusioni amorose, emozioni sessuali) o quelle *fisiologiche* (pubertà, catameni, gravidanza, puerperio, allattamenti, climaterio) o quelle *patologiche* (ipoplasie genitali, affezioni utero-ovariche, disfunzione endocrine mono- o pluri-glandolare, traumi del parto, intossicazioni ed infezioni gravidiche e puerperali). Crede l'O. che lo studio di tali rapporti debba esser ripreso.

Dott. ROSSI FELICE (Forlimpopoli). — *Perforazione di utero gravido miomatoso per manovra di aborto.* — Riferisce il caso clinico. L'aborto fu praticato da un medico che avea giudicato il parto a termine impossibile per la presenza di un fibroma dell'utero gravido. Una sonda uterina forse introdotta in utero aveva prodotto la perforazione.

Per la sindrome emorragica provocata da questo l'A. fu chiamato a curare la paziente. Praticò l'isterectomia: la donna guarì.

A commento di questo suo caso l'A. ricorda come il fibroma complicante la gravidanza non richiegga l'aborto provocato; ma la terapia più appropriata, specialmente l'intervento laparotomico a termine. Il caso riferito dimostra i pericoli dell'aborto nel fibroma.

Dott. CASCIARO GIUSEPPE (Roma). — *L'inondazione peritoneale da rottura di gravidanza tubarica e l'autotrasfusione col sangue citratato.* — Per il buon esito dei casi osservati nella Maternità di S. Giovanni in Roma, l'A. si è fatta la convinzione della necessità dell'intervento chirurgico immediato. Espone casi della Maternità così trattati, nei quali fu anche sperimentato utilmente un metodo di autotrasfusione sanguigna che descrive (introduzione in circolo del sangue peritoneale citratato).

Prof. GUZZONI DEGLI ANCARANI (Modena). — *Inondazione peritoneale da gravidanza extrauterina.* — Nelle inondazioni peritoneali da rottura

della tuba gravidica può esser talvolta indicata l'attesa anzichè il pronto intervento laparotomico.

Discussione sul tema:

Inondazione peritoneale da gravid. extrauterina.

Dott. Severi (Legnago). — Ha operato le donne colpite da crisi di gravidanza tubarica rotta sempre in secondo tempo e sempre con esito felice e quindi è per l'attesa patrocinata dal professor Guzzoni.

Dott. Puccinelli (Roma). — Il problema è semplice: condizioni gravi della donna colpita per *anemia*: parrebbe assurdo ritardare l'emostasi. Condizioni gravi per shock peritoneale; utile l'attesa ed anche il non intervento (casi di guarigione — non operati). La diagnosi differenziale però fra condizioni pericolose per anemia o per shock non è facile e i due momenti patogenetici possono esser insieme in atto — quindi migliore l'intervento immediato in ogni caso.

È favorevole all'autotrasfusione del sangue stravasato peritoneale. I casi riferiti da Bumm di morte improvvisa seguiti all'autotrasfusione in parola sono dovuti probabilmente ad emboli per sangue non citratato.

Prof. Perazzi (Siena). — Occorrerebbero studi per il comportamento delle emoagglutinine contenute nel sangue stravasato nel cavo peritoneale. La pratica dell'autotrasfusione può non esser innocua. Val meglio la fleboclisi di soluzione fisiologica di cloruro di sodio sterile.

Prof. Pestalozza (Roma). — I casi di Bumm di morte improvvisa dopo autotrasfusione del sangue contenuto nel cavo peritoneale nella rottura della tuba gravida fanno tener lontano il metodo dalle nostre operate.

Dott. Ragusa Biagio (Roma). — *Sulla cura del prolasso uterino.* — L'A. descrive dettagliatamente il metodo e lo rivendica all'Italia, dato che all'estero viene chiamato con altri nomi. Documenta che esso fu pubblicato dal Pestalozza fin dal 1902 e praticato fin dal 1898, mentre il lavoro di Halban e Tandler (come si chiama fuori) fu pubblicato nel 1907. I risultati sulle operate nella R. Clinica Ostetrica con tale metodo furono sempre perfetti.

Dott. Ferraresi Sante (Roma). — *La cura dell'aborto settico nella Maternità di S. Giovanni in Roma.* — Ad illustrazione del metodo di cura, nel quale è sempre tenuto lontano il raschiamento uterino, comunica una statistica dei casi trattati negli ultimi mesi con esito buono.

Dott. Scollo Giuseppe (Roma). — *Il taglio cesareo soprasinfisario transperitoneale.* — Comunica una serie di casi trattati con tale tecnica nella Maternità di S. Giovanni in Roma, rilevando i motivi che fanno preferire il metodo suddetto rispetto agli altri (limitato intervento peritoneale, minori probabilità d'infezione peritoneale postoperatoria, semplicità della tecnica). Ricorda il successo costante di tutti gli interventi.

Prof. Marinacci Sertorio (Roma). — *Rottura spontanea dell'utero in gravidanza, per azione destruente dei villi coriali.* — L'inferma — già operata di taglio cesareo alla Fritsch — nuovamente gravida, al sesto mese, presenta enterorragia e lievi rialzi termici prima, improvvisa sindrome peritoneale poi. All'operazione: emoperitoneo da vasta lacerazione della cicatrice cesarea e di una ansa intestinale ad essa aderente, ambedue penetrate da un ciuffo di villi coriali. Enterorrafia, isterectomia subtotale. Guarigione.

Dott. Badino Paolo (Siena). — *Risultati remoti di 16 casi di salpingostomia.* — Ricorda che una sola donna ebbe dopo l'operazione gravidanze regolari. Un'altra ebbe gravidanza extrauterina nella tuba aperta. Incertezza di risultati dunque e pericoli per tale operazione.

Prof. Micheli Cesare (Roma). — *Rottura spontanea d'utero in travaglio di parto dopo isteropessi.* — L'isteropessi era stata praticata anni prima da altri col metodo di Baldy e con fissazione dei ligamenti rotondi in un solco traversale scavato nella parete posteriore dell'utero. Ne era seguita enorme antiflessione — il fondo dell'utero, al pube anche al termine di gravidanza. — La rottura nel segmento inferiore parete posteriore, si verificò in periodo dilatante.

La donna guarì con l'isterectomia.

Dott.ª Barzilai Gemma (Roma). — *Pielite in gravidanza da bacillo di Nicolajer.* — Identificazione del germe infettante per caratteri macroscopici, culturali e sperimentali.

Osservazioni personali sul comportamento sierologico ed immunitario.

Prof. Regnoli Alessandro (Roma). — *Gravidanza in un caso di malformazione genitale.* — Vagina regolare nei due terzi inferiori con anulo di costrizione ed ipoplasia nel terzo superiore. Utero normale. Si ebbero due gravidanze. Nel primo parto intervento, quando — dilatati la bocca uterina ed il tratto ipoplasico del tubo vaginale — la testa fetale era giunta al punto ristretto. Incisione circolare ed asportazione di questo, colpotomia posteriore valsero ad aprire la via alla testa fetale tratta col forcipe. Colporrafia. Guarigione. Secondo parto spontaneo regolare.

Prof. Di Bernardo A. Lucio (Spezia). — *Angioma della «portio».* — Presenta riproduzioni fotografiche e disegni dei reperti microscopici del tumore. Trae argomento per considerazioni sui tumori angioblasti in generale e sul concetto patogenetico. Tratta della valutazione dell'angioma cavernoso come blastoma vero e proprio o come produzione telangectasica. La presenza di speciali gemmazioni vascolari in seno al connettivo del cavernoma farebbe avvalorare l'ipotesi che le lacune vascolari ripetano la loro origine da un connettivo angioplastico. Fa in ultimo rilevare l'A. la rarità della sede del tumore e l'opportunità per esso dell'isterectomia totale per la possibilità di eventuali trasformazioni maligne.

Dott. DE PORENTA (Trieste). — *Ileo in gravidanza.* — Ricorda per la storia dell'argomento i 96 casi raccolti da Fritz Ludwig (1914), i 25 raccolti dal nostro Santi (1915), la critica fatta per questi casi, la distinzione in casi di ileo gravidico, para- ed extragravidico. Riferisce i due suoi casi nei quali riuscita inefficace la laparotomia, con tiflostomia in un caso, lo svuotamento dell'utero gravido valse a ripristinare il circolo intestinale.

Dott. MASIERI (Roma). — *L'isterectomia nella mola vescicolare.* — Sulla base dell'esperienza dalla Clinica ostetrica di Roma le indicazioni per l'intervento demolitore nella mola sarebbero date: *a*) dall'emorragia imponente all'inizio del travaglio abortivo; *b*) dalla comparsa di nodi metastatici vaginali, che, come è noto, facilmente conducono al corion epitelioma; *c*) da un accrescimento rapido della mola con forte manifesto decadimento della paziente (mola maligna?).

Dott. CATTANEO L. (Pavia). — *Le iniezioni endovenose di urotropina nelle pieliti.* — Riferisce su 11 casi trattati. L'urotropina adoperata, quella Scheving, in soluzione al 40 % iniettata molto lentamente a dosi iniziali piccole (da gr. 0.40 a gr. 1), seguite da dosi più alte ogni giorno od ogni due o tre giorni fino a raggiungere dai 10 ai 20 gr. di urotropina complessivamente. L'urotropina compare nelle urine come formaldeide già un'ora dopo l'iniezione e la sua comparsa precoce o tarda è guida nella curva, sempre del resto ben tollerata. La piuria fu vinta in tutti i casi.

DISCUSSIONE.

Prof. OLIVA (Genova). — Conferma i buoni resultati delle iniezioni endovenose di urotropina, che egli ebbe anche con dosi minime di gr. 0.40 e dosi complessive non superiori ai due o tre grammi.

Dott. BOMPIANI R. (Roma). — *Taglio cesareo per distopia renis.* — Il rene ectopico era nel piccolo bacino al disotto del promontorio. In due parti precedenti della paziente aveva causato distocia per la quale i feti erano morti. Il taglio cesareo ebbe il più brillante successo. L'A. discute ampiamente circa l'influenza della ptosi renale sulla gravidanza e sul parto e le indicazioni diverse agli interventi ostetrici.

Dott. PASQUINI (Roma). — *Risultati lontani della miomectomia.* — Nella Clinica ostetrico-ginecol. di Roma dal 1910 al 1922 furono praticate 113 miomectomie con 1 caso solo di morte. L'esito lontano fu controllato in 61 casi: esito ottimo in 52; esito poco favorevole in 7. Due casi operati in gravidanza questa si terminò regolarmente in un caso; con aborto nell'altro.

Prof. EVOLI (Melito Porto Salvo - Reggio C.). — *Tre tagli cesarei.* — Due donne furono operate con la tecnica classica; una con quella transperitoneale soprasinfisaria (Schickele). Ricorda le complicazioni che possono seguire al taglio cesareo sul fondo (cicatrice aderente agli organi vicini, alla parete addominale: rottura della cicatrice in un parto successivo. Riferisce i suoi casi (tutti vizii pelvici impervi). Fa vedere le ragioni di preferenza del taglio cesareo soprasinfisario transperitoneale specie per i casi di non sicura asepsi.

Dott. CATTANEO G. (Milano). — *Il trattamento della placenta previa nell'Istituto Ostetrico di Milano.* — Si occupa solo dei casi di placenta previa centrale (136) e marginale (149) e solo di quelle verificatesi oltre il settimo mese.

Risultati: mortalità materna: 11.9 %; fetale: 68.4 %. Criteri terapeutici: operare subito, appena diagnosticata la previetà pl. centrale, abbandono interessi fetali, placentosexi e Braxton-Hicks (abbassamento piede nelle present. podaliche) e trazioni sul piede con peso (800-1500 gr.); più di frequente negli ultimi anni: metreurisi senza migliori resultati, anzi con più frequente necessità di secondo intervento per la situazione fetale obliqua conseguente; estrazione fetale immediata solo a dilatazione permittente. Nella pl. previa marginale quest'ultimo trattamento, ma più spesso solo amniorexi con ottimi resultati (aggiunta somministrazione chinino per os, estratti ipofisari per via ipodermica).

Lo zaffo vaginale iodoformico in primo tempo raro perchè pericoloso per infezione. Evitata sempre la dilatazione meccanica. Mai il taglio cesareo vaginale (Bumm). Una volta solo quello addominale. Secondamento manuale 42 volte. Tamponamento vaginale e Momburg post-partum di sovente. Raccomanda l'A.: spedalizzazione costante delle gestanti con previetà placentare al primo segno emorragico; cure sempre date da ostetrico; evitare a domicilio esplorazioni, tamponamenti se non indispensabili.

(*Continua*).

Il Congresso di Idrologia di Palermo.

Il grande numero degli intervenuti che hanno partecipato ai lavori di questo Congresso, dimostra l'interesse sempre crescente che assumono le questioni idro-climatologiche in Italia, dove medici e pubblico incominciano finalmente a comprendere la grande importanza che esse hanno per il nostro Paese, così favorito per varietà e mitezza di climi e per ricchezza di acque minerali.

Fra i convenuti si notavano i senatori Di Stefano e Maragliano, i proff. M. Ascoli, Devoto, Ferrannini, Fichera, Giuffrè, Marfori, Piazza-Martini, Piccinini, Pinali, Sangiorgi, Ughetti, Vinaj, oltre a diversi delegati di Associazioni idrologiche estere, del Belgio, della Francia, dell'Olanda. Il saluto ai congressisti è stato portato dal professor Devoto, il quale ricordando come il precedente Congresso di Castellammare di Stabia abbia rivelato le ricchezze idroterapiche di quella regione, riafferma un programma multiplo di lavoro per l'idrologia italiana e specialmente per le stazioni idroclimatiche del Mezzogiorno. Altri elevati discorsi nella seduta inaugurale sono stati tenuti dal gr. uff. Rebucci, presidente della Federazione degli Stabilimenti termali, dal prof. L. Giuffrè, dal Rettore dell'Università di Palermo, dal Prefetto e da altri.

I lavori del Congresso si sono svolti in parte attorno a *temi di indole generale*, fra cui citiamo gli studî sulla radioattività delle acque minerali (Pinali); sulle emanazioni di radio ed anafilassi (Sangiorgi); sull'azione curativa delle acque minerali (Lotti). Le *questioni economiche, legali e di propaganda* sono state trattate da Rebucci, Botti, Saccani.

Larga parte è stata fatta all'*illustrazione di singole acque minerali*, fra cui sono state messe in luce quelle di Sicilia, con uno studio generale di Piazza-Martini e con altre comunicazioni riguardanti le acque di Alì (Brancati), di Pozzillo (Salpietra), di Sciacca (Di Leo), l'Acquasanta (Pandolfo). Altre singole illustrazioni sono state quelle del Piccinini (Acqua ipomineralizzata di Baveno), del Di Tommasi (Terme di Agnano), di Mannino (Levico-Vetriolo), di Testi (Castrocaro), del Di Martino (Francolise presso Caserta), di Carnevale (Terme Lunigiane di Guardia Piemontese).

Nè trascurate sono state le questioni climatologiche ed elioterapiche; ricordiamo un lavoro dell'infaticabile prof. Piccinini sulla climatologia del Lago Maggiore e le comunicazioni sull'elioterapia, tubercolosi chirurgica ed Ospizi marini di Ferrannini, Calandra, Comisso, Borruso, Maggio.

Sulle direttive e norme per lo sviluppo della climatoterapia in Italia, riferì il prof. Devoto nel discorso di chiusura, esprimendo la fiducia che la climatologia divenga una fonte di benessere fisico e di risorse economiche e l'augurio che sorgano stazioni climatiche in località propizie ed una vera catena di Ospizi marini per ogni grande regione italiana. Per meglio valorizzare le nostre ricchezze è necessario che vengano incoraggiati gli studî climatologici e che per ogni località si raccolgano i dati meteorologici, atti ad illustrare i luoghi destinati a divenire stazioni climatiche. Venne in seguito votato l'ordine del giorno riassumente i voti espressi nel Congresso.

A. Z.

Ordini del giorno su questioni sociali al XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Alcune comunicazioni che hanno dato luogo ad ordini del giorno approvati dal Congresso di Psichiatria devono essere diffuse nella stampa medica, perchè trattano problemi di alto interesse sociale.

Il prof. ALBERTI ha parlato sull'*isolamento e cura dei tubercolosi nei Manicomi* rendendo noti i dati statistici di una sua inchiesta, dati che dimostrano come questo grave problema sia nella grande maggioranza dei Manicomi italiani ancora insoluto. Il Congresso ha approvato in proposito il seguente ordine del giorno presentato da ALBERTI, FOSCARINI e KOBJLINSKY:

«Il Congresso fa voti perchè il problema dell'Assistenza ed isolamento dei tubercolosi nei Manicomi Italiani venga, con l'aiuto anche delle Associazioni per la profilassi contro la tubercolosi, valutato nella sua giusta importanza e risolto come la umanità e la scienza esigono».

La relazione del prof. FERRARI sul «Trattamento dei delinquenti pazzi secondo il progetto del Codice Penale» ha dato luogo alla presentazione del seguente ordine del giorno presentato dal ten. col. CONSIGLIO ed approvato dal Congresso:

«Il XVI Congresso Italiano di Freniatria in Roma, sentita con molto interesse la relazione del prof. G. C. Ferrari sugli alienati criminali, plaude vivamente all'opera della Commissione Reale per i concetti scientifici che hanno inspirato la formazione del nuovo progetto di Codice penale, concetti derivati dalle dottrine essenzialmente italiane di Antropologia e di Sociologia Criminale che ebbero il geniale creatore in Cesare Lombroso, si augura che presto si possa fare un esperimento di vera Clinica criminale, attuando — in prova — alcune delle nuove disposizioni da detta Commissione proposte per la difesa sociale contro il delinquente;

fa voti che, per ciò che riguarda i criminali presunti alienati, sieno istituiti presso le carceri principali — per provincia o per regioni — dei reparti di osservazione neuropsichiatrica, ai quali confluiscano coloro per i quali una prima indagine presso le carceri mandamentali non valse ad accertarne la realtà di una sindrome psicopatica, e che in detti reparti — organizzati e diretti da psichiatri competenti — abbiano ad avere diritto di accesso e di esami i periti alienisti richiesti dalle famiglie degli imputati;

ed infine invoca dallo Stato provvidenze molteplici che — accanto al Codice di difesa dal delinquente — permettano di fare un'attiva razionale e larga opera di profilassi contro la delinquenza, sopratutto dei minorenni, essenzialmente sulla base di una positiva biofilassi (lotta contro la tubercolosi, la sifilide, l'alcoolismo, la prostituzione, difesa igienica del matrimonio, tutela morale e materiale dell'infanzia abbandonata, ecc.)».

Il prof. AGOSTINI ha svolto una comunicazione sul «*Trattamento degli alienati inguaribili nei rapporti di una maggiore economia dei Bilanci Provinciali*», e ha presentato il seguente ordine del giorno ch'è approvato:

«Il Congresso fa voti perchè in tutti i Manicomi venga esteso il più largamente possibile l'assistenza paramanicomiale e sieno istituiti reparti appositi per gli alienati cronici, tranquilli, inutilizzabili al lavoro con quel sufficiente trattamento dietetico e di custodia che permetterà una sensibile economia per i bilanci provinciali».

Un altro ordine del giorno approvato è stato presentato dal prof. AMALDI:

«La Società Freniatrica Italiana, consentanea al suo glorioso passato e a quei principii che, traendo inspirazione dalle finalità di progresso e di elevamento della Psichiatria, hanno guidata e informata tutta la elaborazione della legislazione sui Manicomi in Italia;

nella imminenza appunto di una riforma della legge sui Manicomi;

esprime altamente e fortemente il voto che sia garantita da ogni opportuna norma legislativa, contro le invadenze amministrative, la indiscutibile preminenza che è da riconoscersi alla autorità tecnica direttiva dell'alienista nelle organizzazioni ospitaliere per alienati di mente».

I voti del Congresso di Psichiatria non hanno bisogno di commento; basta solo accennare al problema dell'assistenza e sopratutto dell'isolamento dei tubercolotici nei Manicomi per notare quali gravi problemi di Medicina Sociale siano ancora insoluti.

Dott. PISANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'importanza diagnostica della emianopsia.

Il campo visivo viene raramente esaminato nella pratica privata e soprattutto nei casi cerebrali acuti, anche perchè si ritiene generalmente che sia assolutamente necessario il perimetro. Invece tale ricerca spesso può dare utili indicazioni per decidere se i sintomi cerebrali generali siano dovuti ad una lesione a focolaio oppure ad epilessia, sincope, a qualche condizione tossica o ad alterazioni cerebrali diffuse non associate a lesioni a focolaio. R. T. Williamson (*The Practitioner*, aprile 1923) cita tre casi in cui, dopo alcuni sintomi cerebrali già scomparsi all'atto della visita, l'esame del paziente era del tutto negativo e nemmeno era accusato qualsiasi difetto di visione; in tutti l'esame del campo visivo fece riscontrare una limitazione e permise la diagnosi retrospettiva dei sintomi cerebrali.

La ricerca dell'emianopsia può farsi senza perimetro nei seguenti modi: il medico si mette di faccia al paziente e chiude l'occhio sinistro mentre il paziente chiude il destro o viceversa; in tal modo le due metà del campo visivo di entrambi si corrispondono. Il medico muove poi qualche oggetto dalla periferia al centro del proprio campo; ciò che egli vede deve vederlo anche il paziente, il quale però deve costantemente tenere il proprio occhio fisso in quello del medico, condizione essenziale per la riuscita.

Oppure, tenendosi entrambi nella posizione descritta, il medico tiene due oggetti, p. es. una moneta ed una matita con le due mani, in modo che siano ad uguale distanza fra i due; quando li vede il medico li deve vedere anche il paziente, altrimenti vi è emianopsia.

Oltre che nella meningite sifilitica della base, nei tumori della base e nell'acromegalia, ecc., l'emianopsia si riscontra nei casi cerebrali acuti, ciò che è di maggiore importanza per il medico pratico. In quest'ultima contingenza essa è dovuta il più spesso a rammollimento nella regione irrorata dall'arteria cerebrale posteriore, ovvero ad emorragia che colpisce direttamente od indirettamente le fibre del tratto ottico fra la regione dei gangli basali e la corteccia occipitale. In questi casi, specialmente se i sintomi cerebrali sono stati improvvisi ed il paziente si è riavuto, la ricerca dell'emianopsia è necessaria indicando una lesione a focolaio. A. Z.

Sulla funzione di alcune radici dorsali motrici.

G. Söderbergh (*Acta med. Scandin.*, 1922, p. 677) indagando la funzione delle radici dorsali motrici mediante la stimolazione con deboli correnti faradiche durante atti operativi sul rachide, è giunto alle seguenti conclusioni:

D_5 partecipa all'innervazione del primo segmento del grande retto dell'addome.

D_6 innerva i segmenti I e II del gran retto.

D_7 ha influenza sul grande retto, al disotto dell'ombelico e sulla parte più alta del grande obliquo.

È probabile che D_6 e D_7 abbiano influenza sulla parte più alta del trasverso omolaterale.

D_8 ha influenza sopra una striscia del grande obliquo che parte dalla 9ª e 10ª cosola e va verso l'ombelico, ma anche sul gran retto sopra l'ombelico e sulla muscolatura laterale dell'addome fino a un livello un po' inferiore all'ombelico.

D_9 è l'innervatrice principale del trasverso a livello dell'ombelico, partecipa all'innervazione della parte media dei muscoli laterali, e anche del grande retto al disotto dell'ombelico.

D_{10} è un'innervatrice importante del piccolo obliquo e di una striscia del grande obliquo che s'inserisce all'11ª e 12ª costa, fa contrarre il trasverso al disotto dell'ombelico, ed ha influenza sul grande retto al disotto dell'ombelico.

D_{11} è l'innervatrice principale del grande retto al disotto dell'ombelico.

D_{12}-L_1 innervano il grande retto al disotto dell'ombelico e le parti più inferiori della muscolatura laterale.

L'A. consiglia la tecnica di riconoscere il nervo misto all'ingresso nella dura madre, ove si può bene individuare, isolarne quindi la radice motrice, detergendola anche dal liquor, estimolarla con corrente faradica debolissima, onde lo stimolo non si diffonda. Il paziente dev'essere disposto lateralmente in modo da poterne vedere abbastanza bene l'addome e poter seguire in special modo gli spostamenti dell'ombelico.

DORIA.

CASISTICA E TERAPIA.

SIFILOGRAFIA.

La leucoplasia.

Si designa con tal nome la formazione di placche bianche persistenti sulle mucose; è questo un sintoma di irritazione dell'epitelio mucoso in rapporto con l'evoluzione di una sifilide, che si trova in effetti nel 90 % dei casi; la leucoplasia fa parte delle affezioni parasifilitiche ed è spesso refrattaria ai trattamenti antiluetici. Tutte le mucose possono esserne sede, specialmente la bocca (lingua e mucosa delle guancie) ma anche il collo dell'utero, la vulva, ecc. Essa compare in tutti i periodi della sifilide: sia attorno all'ulcera (ed in tal caso può avere anche significato diagnostico in quanto che, p. es., le ulcerazioni tubercolari della lingua non sono mai accompagnate da leucoplasia) sia attorno alle manifestazioni secondarie e soprattutto attorno e sugli accidenti terziarii. Particolarmente frequenti sono le fessure leucoplasiche, che occupano sempre la stessa regione della lingua, dove costituiscono una stimmate permanente; talvolta sono lineari od a forme diverse, ma tanto fini da richiedere una minuziosa ricerca con buona illuminazione; il malato le avverte mangiando cibi acri od acidi. Esse guariscono talora anche spontaneamente lasciando una piccola depressione, talora invece si ha aumento delle lesioni sottogiacenti della glossite o più spesso si forma l'ulcera leucoplasica, regolare, arrotondata o quadrangolare, atona, con margini tagliati a picco, fondo liscio. Essa è dolente, specialmente sotto l'influenza di irritazioni esterne (cibi caldi od acidi) e può persistere durante settimane o mesi, oppure prendere aspetto papillomatoso e mutarsi in cancro.

La diagnosi differenziale riguarda particolarmente il lichen piano; questo è localizzato sul dorso della lingua, d'ambo i lati della linea mediana, all'avanti del V linguale, è una lesione a tendenza atrofica, che non presenta nè ulcerazioni nè cicatrici; nel caso che vi siano papule, si tenga presente che queste nel lichen sono grosse quanto una testa di spillo, bianche, mentre nella leucoplasia hanno le dimensioni di una lenticchia; nei casi dubbii si ricercherà il lichen su altre mucose (vulva, glande) o si farà una biopsia.

Il trattamento sintomatico dà risultati mediocri; invece secondo M. Milian (*Journal des praticiens*, 3 marzo 1923) buoni effetti si potranno ottenere con le cure antisifilitiche intense, continue, multimedicamentose; si useranno successivamente gli arsenobenzoli, il mercurio, lo joduro di potassio, i sali di bismuto, ecc., continuando per 6-8 mesi senza interruzione. L'ulcerazione guarirà per la prima, pure essendo talora soggetta a recidive; più a lungo persiste la macchia bianca, qualche volta per anni, ma poco a poco e con trattamenti successivi la si vede retrocedere. In qualche caso essa si fa sospetta ed allora si ricorrerà ad una biopsia oppure si interverrà chirurgicamente, decorticando profondamente la lingua, ciò che però non esime dalla cura specifica; nessun effetto si ottiene con i raggi X o col radio.

A. Z.

La sifilide osteo-articolare.

Le osteo-artriti sifilitiche sono caratterizzate da: 1) tumefazione con impastamento articolare e spesso perarticolare, di solito senza rossore nè fluttuazione, fatta eccezione per l'idartrosi; 2) dolore spontaneo o provocato dai movimenti o dalla pressione in corrispondenza dei punti epifisari e dei legamenti; 3) impotenza funzionale. Queste osteo-artriti accompagnano le manifestazioni secondarie o si mostrano al principio in forma di artralgie, artriti secche, idartrosi, pseudoreumatismi; si localizzano il più spesso al ginocchio e talora sulle piccole articolazioni; l'evoluzione è lenta, cronica ad attacchi successivi, determinano malformazioni e possono terminare con anchilosi; sono spesso bilaterali od estese a parecchie articolazioni.

Radiograficamente si hanno tre tipi: 1) forma proliferante con inspessimento periosteo, ed osteofiti sulle epifisi o sulle cartilagini articolari; 2) forma rarefacente con macchie chiare di rarefazione ossea che evolvono poi verso la sclerosi e l'osteite condensante; 3) forma distruttiva simulante il tumore bianco. Si notano inoltre inspessimenti articolari e periarticolari; nei casi gravi l'interlinea articolare è sinuosa e poco visibile.

Per la diagnosi Gastou (*Paris médical* 3 marzo 1923) consiglia di tener presente il reumatismo cronico nelle diverse forme, le artriti e le osteomieliti infettive, il sarcoma e le artriti tubercolari; la presunzione dell'origine sifilitica è data dall'esame radiografico (presenza di osteofiti, inspessimenti periostei); ne viene la necessità di un esame sierologico ed eventualmente del criterio *a juvantibus*. Buoni risultati si ottengono associando agli arsenobenzoli il bismuto ed inoltre l'opoterapia, in forma di estratti ossei, tiroidei, ipofisarî, che aiutano la crescita del tessuto osseo ed hanno buoni effetti sulla nutrizione generale.

fil.

Morbo di Addison di origine sifilitica.

W. H. Crohn (*Medizinische Klinik*, 1922, pagina 1526) riporta il caso di un uomo, che da anni soffriva di stanchezza con rapido esaurimento dopo ogni lavoro; la perdita di forze divenne poi completa associandosi a pallore della cute, della faccia e delle mucose ed a pigmentazione del resto del corpo. L'individuo aveva l'aspetto molto grave e stava rannicchiato nel letto; era notevole il contrasto fra la faccia di un pallore mortale e la pigmentazione della schiena, addome, ascelle, inguini. Polmoni normali, rumore sistolico al terzo spazio, polso piccolo, molle, frequente, pressione al Riva-Rocci 95-45; emoglobina 15 per cento; emazie 1,650,000; leucociti 8,200. Null'altro di notevole; il padre era morto per emottisi, il paziente negava qualsiasi malattia infettiva anche venerea.

La diagnosi risultava chiara per il morbo di Addison; mancava però ogni segno di tubercolosi; essendosi notato che il paziente aveva il naso a sella, pur senza avere altro segno di sifilide congenita, si praticò la reazione di Wassermann, che diede risultato nettamente positivo. In seguito ad un energico trattamento antiluetico, si ebbe un rapido miglioramento sia nelle condizioni generali che nei reperti dell'esame del sangue; la pigmentazione si ridusse a poche macchie, il pallore scomparve; l'elioterapia, la cura con ferro, arsenico ed adrenalina completarono il miglioramento, la reazione di Wassermann divenne negativa dopo cinque mesi. L'A. richiama la attenzione sulla rarità del caso e sul fatto che la diagnosi eziologica nel senso accennato può permettere una prognosi diversa da quella solita. *fil.*

Le dermatosi mercuriali.

La causa delle eruzioni idrargiriche risiede nella idiosincrasia individuale od in una ipersensibilità e non nella dose introdotta; a parte però i casi in cui tali eruzioni sono provocate da dosi minime, gli individui sopportano una certa dose di mercurio e mostrano una idrargiria tanto più intensa quanto maggiore è la dose; vi sono poi differenze individuali secondo le vie di assorbimento, in quanto che alcuni sopportano bene le frizioni ed hanno invece una dermatosi intensa con l'introduzione per bocca.

J. Almkvist (rif. in *Presse médicale*, 31 marzo 1923) descrive come forme cliniche le placche eritematose, le follicoliti, le lesioni vescicolose miliari, orticariacee, pustolose, a tipo di porpora; la sede può essere la faccia oppure la regione genitale, gli arti (mani e piedi). Tali lesioni possono essere accompagnate da altri segni di intossicazione, come diarrea, vomiti, stomatite. Dal punto di vista istologico dominano la dilatazione vascolare e la trasudazione, che costituiscono la lesione iniziale di questa dermatosi; la dilatazione vascolare produce una paralisi del simpatico, donde la formazione di edema e l'aumento nel numero delle cellule. L'esantema può complicarsi in seguito a sviluppo di batteri provenienti dalla pelle.

La terapia razionale consiste nell'accelerare l'eliminazione del mercurio, nel lottare contro la dilatazione vascolare mediante medicamenti stimolanti del simpatico (adrenalina) e nell'impedire lo sviluppo dei microbi con applicazioni di ittiolo e di catrame. *fil.*

L'apoplessia sierosa da arsenobenzoli.

Questo incidente tardivo della cura con arsenobenzoli è sempre grave e spesso fatale. R. Gonin (*Revue médicale de la Suisse Romande*, dicembre 1922) riporta il caso di una donna, che aveva sopportato bene sette iniezioni, con una quantità totale di g. 3,15. Dopo l'ottava ebbe cefalea senza ipetermia; al terzo giorno, bruscamente si inizia una crisi di agitazione di estrema violenza, con perdita di conoscenza, nistagmo, disturbi degli sfinteri, stato comatoso; 47 ore dopo morte improvvisa. La causa di questa viene riscontrata all'autopsia nell'edema cerebrale acuto.

Il trattamento consiste nell'iniezione endovenosa di 1/4 di mg. di adrenalina in soluzione molto diluita (circa 20 cmc.) continuando con iniezioni endomuscolari di 1-2 mg. e con la somministrazione per via orale di 2-3 mg. al giorno. Quando tale trattamento si inizia precocemente si possono avere buone speranze; con l'adrenalina anzi si possono far tollerare le iniezioni di arsenobenzoli che avevano dapprima provocato fenomeni minacciosi. È importante per prevenire l'apoplessia sierosa tener nota della temperatura nei giorni seguenti all'iniezione, ed in caso di ipertermia agire prontamente con l'adrenalina.

fil.

Il pericolo delle iniezioni endomuscolari di arsenobenzoli.

Pteges (*Annales des maladies vénériennes*, 1922, pag. 628), osserva che le iniezioni endomuscolari o sottocutanee di arsenobenzoli incontrano sempre più il favore dei pratici i quali trovano che la tecnica è più semplice e ritengono che i pericoli siano minori. Ora ciò non è esatto, quando si oltrepassino le dosi di 0.45. L'A. ha osservato parecchi casi di crisi nitritoidi ed un caso di apoplessia sie-

rosa grave al terzo giorno dall'iniezione e ritiene che il rischio dell'iniezione endovenosa è in fondo più leale e meno grave di quello dell'iniezione endomuscolare, poichè in quella gli accidenti si verificano poco tempo dopo l'iniezione sotto gli occhi stessi del medico che può più agevolmente combatterli. Invece, con l'iniezione endomuscolare, gli accidenti si hanno cinque o sei ore dopo, mentre il medico che l'ha fatta si trova lontano e quello chiamato d'urgenza ignora spesso la causa che li ha prodotti e non può combatterli efficacemente. Il pratico deve quindi tenere in mente che per gli arsenobenzoli la via endomuscolare o sottocutanea può essere facile, ma non può venir considerata come sempre inoffensiva.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul potere riducente del liquido c. r. e sulle sostanze che lo determinano.

Fra tutte le sostanze messe in evidenza nel liquor, molti AA. notarono una sostanza riducente il reattivo di Fehling. Bussy disse che era destrosio: ricerche successive dimostrarono che la riduzione non era data da zuccheri. Halliburton credette trattarsi di pirocatechina.

Detta sostanza si troverebbe nel liquido nelle proporzioni del 0.185 per mille, del 0.72 e del 6.72-6.84 secondo altri. Altri chimici pensano si tratti di alcaptoni, acetone, nitriti, ecc.

Lonero (*Rivista di Clinica med.*, 1922), in una serie di esperienze ha cercato di isolare la sostanza in questione. Con la tecnica dell'Halliburton, desume trattarsi con molta probabilità di una sostanza appartenente ai difenoli o fenoli con due ossiduli, e che opportuno è togliere alla sostanza riducente il nome di glucosio.

MONT.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 6394, B. P.:

Ad una sua domanda ho analogamente risposto all'abb. n. 6111 (sez. Prat., n. 15, del 9 aprile 1923).

Quanto ad un trattato pratico di radiologia può consultare il Jaugeas (Masson) o il recente Guilleminot (Masson: Elettroterapia e Radiologia, ultima edizione) o il Mignacca (Ed. Libr. Milanese).

Per quanto altro desidera è consigliabile il Daddi (edito dalla Società Libraria Milanese).

E. MILANI.

All'abb. n. 8181:

Non conosco che un *testo-atlante* di coprologia, veramente pregevole: *Coprologia*, di Lynch (Buenos Aires). Il prezzo del volume, con numerose e nitide illustrazioni, è assai elevato.

T. L.

All'abb. n. 7318:

Il trattato di Medicina Legale del prof. Ascarelli è tuttora in corso di pubblicazione e sarà *certamente* posto in vendita nella prossima estate.

È però di già edita la prima parte, che si trova in vendita presso l'editore Sampaolesi, via dell'Università, Roma.

Un buono, concettoso e pratico trattato di Medicina Legale è quello del Cevidalli. Società Editrice Libraria, Milano.

L. P.

VARIA

Contro l'esercizio medico abusivo in Argentina.

L'art. 208 del Codice penale Argentino commina la prigione da 15 giorni a un anno per chiunque senza titolo nè autorizzazione, prescrive, somministra o applica medicamenti, elettricità, ipnotismo, anche a titolo gratuito. Pari pena commina per chi, pur essendo autorizzato alle cure, promette guarigioni a termine fisso o con rimedi segreti o dichiarati infallibili. Simile pena è assegnata a chi, avendone i titoli, presta il suo nome ad altri che di titoli è sprovvisto. L'art. 247 dello stesso C. P. dispone una multa di 500 pesos per chi si fregia di titoli o gradi accademici o professionali ai quali non ha diritto.

(*Semana Medica*).

Per combattere il cocainismo.

Il dott. W. Koller, allo scopo di combattere la piaga del cocainismo ha fatto proposta di rendere obbligatorio l'adulteramento della cocaina con un colore a base di anilina, con che non si modifica l'azione della droga: egli propone il Wasset bleu 2. R.

È facile comprendere che venendosi a tingere spiccatamente le pinne nasali di chi fiuta cocaina, si otterrà un ostacolo estetico alla diffusione del vizio, che potrà essere così scoperto e combattuto.

(*Avven. Sanit.*).

AVVERTENZE.

I quesiti della «Posta degli abbonati» devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali o il numero d'abbonamento od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali: ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

La riorganizzazione dei servizi igienico-sanitari del Regno.

La Presidenza dell'Associazione italiana per l'igiene presentò a suo tempo, al nuovo Governo, un memoriale contenente i criterî per le riforme che si ritenevano più urgenti per una migliore organizzazione igienico-sanitaria. Il Ministero non mancò di prendere in considerazione la competente collaborazione, ed invitò anzi la Presidenza a fornire tutti i possibili elementi integrativi, ciò che venne fatto dal Presidente stesso, prof. Sclavo, il quale poi li espose in una lettera a S. E. il Sottosegretario per l'Interno, lettera di cui riassumiamo qui i punti principali.

È anzitutto necessario richiamare l'attenzione sulla necessità che tutto ciò che ha attinenza con la tutela dell'igiene e sanità pubblica venga accentrato al Ministero dell'Interno, come del resto dispone il primo articolo della Legge Sanitaria vigente. Un unico organo deve quindi provvedere alla Igiene delle scuole, delle industrie, degli ospedali, delle carceri, caserme, ferrovie, alla protezione dell'infanzia, alla profilassi delle malattie infettive in qualunque ambiente civile o militare.

Vanno poi abolite tutte le Commissioni speciali, governative o provinciali, create per la soluzione di particolari problemi igienici; le loro funzioni vanno concentrate nel Consiglio Superiore di Sanità ed in quello Provinciale, dei quali si deve modificare la costituzione in modo che vi entrino elementi di notoria competenza nelle singole branche, facendo larga parte all'elemento elettivo e sostituendo le relative Giunte con speciali Comitati consultivi.

Si propone inoltre: di ridurre il numero degli Ispettori centrali, che devono essere adibiti alla continua sorveglianza dei varî servizi; che venga aumentata l'operosità ed il rendimento dei laboratorî batteriologico e chimico della Sanità Pubblica; il personale, assunto per concorso pubblico deve essere sottoposto ad un'unica direzione medica e deve organizzare corsi periodici di istruzione per mantenere il personale sanitario dipendente dal Ministero dell'Interno al corrente dei progressi scientifici; nessun altro incarico va dato al Direttore dei laboratorî.

I medici provinciali vanno esonerati da tutte le funzioni non prettamente tecnico-ispettive e non inerenti alla loro coltura specializzata, sicchè la loro attività si esplichi tutta nella vigilanza igienica; della parte amministrativa si deve occupare un segretario amministrativo posto alla loro dipendenza. Al Veterinario provinciale si potrà in qualche regione affidare più di una provincia.

È assolutamente necessario sostituire gli attuali corsi bimestrali di perfezionamento in igiene con corsi semestrali, seguiti da un rigoroso Esame di Stato, per tutti colòro che intendano far parte del personale di vigilanza igienica governativa o comunale. Speciali corsi vanno organizzati per il personale subalterno addetto alla vigilanza igienica, come pure per l'istruzione infermiera; anche le Scuole delle levatrici attendono radicali riforme.

Di grande urgenza è la razionale sistemazione dei servizi di vigilanza igienica locale; per ragioni economiche non sembra possibile insistere ora sul progetto di riforma già elaborato dalla Direzione generale di Sanità Pubblica, ma frattanto si potrebbe incominciare a rendere obbligatoria la costituzione dell'ufficio nei capoluoghi di provincia ed in qualche centro minore, dove la difficile accessibilità a particolari condizioni locali lo richiedano. Analogamente a quanto è stato proposto per la Direzione generale di Sanità Pubblica, anche nel Comune tutto quanto ha attinenza con l'Igiene e Sanità, nulla escluso, deve essere sottoposto alla vigilanza dell'Ufficio di Igiene. Nè si deve trascurare di apportare le indispensabili migliorie giuridico-economiche alla condizione degli Ufficiali Sanitari; a tale scopo sarà sufficiente attuare quelle modificazioni al Regolamento sanitario 19 luglio 1906, già allo studio presso la Direzione. Per quanto riguarda i Laboratorî sembra conveniente che per le città minori si utilizzino, a limitazione di spese, i laboratori già esistenti, che diano garanzia di buon funzionamento.

L'Igiene, intesa nel suo grande valore educativo, può concorrere al nobilissimo scopo che il Governo attuale si è prefisso di preparare il popolo Italiano agli alti destini che l'avvenire gli addita; a ciò molto può contribuire la propaganda per tutte le età, in tutte le forme, in tutti gli ambienti, ed una razionale educazione fisica; la Direzione generale della Sanità Pubblica dovrebbe interessarsi a questi problemi, favorendo iniziative, indican-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

do le vie da seguirsi, esercitando controllo e vigilanza.

Ridotti in tale proporzione i provvedimenti, non sarebbe grande il sacrificio dell'Erario, mentre il Paese ne ritrarrebbe indubbiamente sensibili vantaggi. È tempo che la nostra inferiorità di fronte ad altri paesi dove la coscienza igienica è più sviluppata, sia vigorosamente combattuta con una semplificazione dei congegni burocratici, con una severa applicazione delle leggi, con una attiva propaganda, con una riorganizzazione dei Servizî sanitarî, e che si pensi a lavorare con la disciplina e la coscienza che il Governo attuale esige da tutti per il grande, immancabile destino del nostro Paese. *fil.*

QUESTIONI PRATICHE.

XXXIV. — Il diritto di scelta per le nomine in base a concorsi indetti da istituzioni di pubblica beneficenza.

Il Consorzio parmense di beneficenza « Sanatorium » di Salsomaggiore, bandì un concorso per la nomina del direttore del Sanatorio. Nell'avviso del concorso fu riservata la più ampia libertà di scelta al Consiglio di amministrazione e fu anche prevista la eventualità che nessuno dei concorrenti presentasse sufficienti garanzie; in questo caso, fu riservata la facoltà di non nominare nessuno.

La Commissione giudicatrice del concorso ritenne idonei tutti i concorrenti ma limitò le sue proposte di eleggibilità al primo graduato prof. Lorenzani. Il Consiglio di amministrazione nominò invece il prof. Respighi.

Sorse contestazione: era legale la clausola circa il diritto di scelta? si era formato un vincolo per la nomina del primo graduato?

(Altre questioni non interessano i lettori di questa rivista).

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 1° dicembre 1922, n. 568, ha così sostanzialmente statuito:

a) sebbene il regolamento organico stabilisca che la nomina degli impiegati è fatta in seguito a pubblico concorso e non preveda alcuna facoltà dell'organo deliberante circa la scelta, agli effetti della nomina, non si può ritenere escluso che la facoltà di scelta sia prevista e stabilita legittimamente nell'avviso del concorso;

b) eventuali impegni fra il presidente dell'ente e la Commissione per limitare praticamente la scelta e nominare il primo graduato, non possono avere valore giuridico, perchè soltanto una deliberazione *dell'ente* — e non una dichiarazione del presidente — potrebbe eventualmente modificare o revocare una condizione dell'avviso del concorso.

Si può anzi aggiungere che nemmeno l'ente potrebbe modificare l'avviso del concorso con pregiudizio dei terzi, cioè dei concorrenti.

Anche in questo caso è stato confermato che le deliberazioni delle istituzioni di pubblica beneficenza, per le quali non è richiesta l'approvazione tutoria, sono provvedimenti definitivi e devono essere perciò impugnate con ricorso in sede giurisdizionale, non essendo ammissibile contro di esse ricorso gerarchico.

XXXV. — Il servizio utile agli effetti degli aumenti periodici dello stipendio dei medici condotti.

A) È valutabile il servizio già prestato in altri comuni?

B) O alla dipendenza della stessa amministrazione, ma per altro ufficio?

C) O per incarico interinale, seguito poi da nomina definitiva?

Per risolvere questi quesiti è necessario stabilire alcune premesse.

Gli aumenti periodici dello stipendio dei medici condotti e degli altri sanitari dipendenti da enti locali (quadriennio, sessennio e simili) non sono previsti e regolati dalla legge; l'obbligo può derivare al Comune, alla Provincia ed alle istituzioni di beneficenza, dalla deliberazione di nomina o dal regolamento organico: nell'uno e nell'altro caso il vincolo ha la sua fonte giuridica nell'atto amministrativo che costituisce il diritto soggettivo dell'impiegato e stabilisce le norme oggettive che lo regolano.

Quindi, le condizioni ed i limiti dell'obbligo dell'ente devono essere ricercati, caso per caso, nella fonte dalla quale esso deriva.

Ciascun rapporto fra ente locale e impiegato è autonomo: sorge dall'atto di nomina, senza relazione di continuità con altri rapporti precedenti, e si estingue per scadenza del termine o per qualsiasi causa legittima di risoluzione, senza che sopravviva alcuna conseguenza di continuità con eventuali rapporti successivi, salve speciali ed espresse disposizioni di legge per limitati effetti: per esempio, servizio utile alla pensione, dispensa dal limite di età per i medici condotti in servizio, ecc.

Da queste premesse è esclusa nettamente la soluzione affermativa del primo quesito.

Agli effetti degli aumenti periodici non è valutabile il servizio prestato presso altri enti, salvo che nell'atto di nomina o nel capitolato sia stabilito diversamente: in tal caso, il diritto, la misura e la entità della concessione derivano dalla disposizione stabilita espressamente dall'ente. Ma se l'atto di nomina e il capitolato nulla dispongano in tal sen-

so, è valutabile soltanto il servizio prestato alla dipendenza dello stesso ente.

La posizione è così semplice e chiara che non è nemmeno discutibile.

Ma può essere valutato il servizio prestato per la stessa amministrazione pubblica, per ufficio diverso? per es., ufficiale sanitario, medico necroscopo, ecc.

La risoluzione è identica alla precedente.

Ciascun rapporto è distinto e indipendente e se soltanto per uno — per es. per l'ufficio di medico condotto — è stabilito un determinato aumento periodico, non si possono estenderne gli effetti ad altri uffici che sono obbietto di speciali e distinti rapporti giuridici. Fonte dell'obbligo è la manifestazione di volontà, in forma di deliberazione, la quale ne determina l'obbietto e i limiti.

Il terzo quesito, invece, è discutibile. Ma anche per esso la questione deve essere risoluta caso per caso, sulla base delle disposizioni del capitolato e della deliberazione di nomina.

Si può però stabilire un criterio direttivo, che è comune a tutte le situazioni speciali.

L'aumento periodico — per la sua stessa funzione economica di integrazione progressiva dello stipendio e per la sua destinazione — è concesso agli impiegati assunti in ufficio stabilmente o, in ogni ipotesi, per servizio continuativo tendente a stabilizzazione del rapporto giuridico ed economico.

Non può, quindi, competere agli impiegati interini o, in genere, provvisori, per i quali sono stabilite norme speciali, anche agli effetti del trattamento economico, in correlazione alla natura e alla precarietà del rapporto.

Non è, dunque, possibile assimilare dal punto di vista economico e giuridico i due rapporti di impiego: precario l'uno; stabile o tendente a stabilità l'altro.

Questa situazione non muta se al rapporto provvisorio segua, senza discontinuità di fatto ma con evidente interruzione giuridica, la assunzione in ufficio stabile, in base a nomina definitiva, normalmente in seguito a concorso.

Al servizio interinale era adeguato un determinato trattamento economico *speciale;* questo rapporto si esaurisce e ad esso ne succede un altro al quale corrisponde un trattamento economico congruo, che è pertanto efficace dalla data in cui tale rapporto sorge e si costituisce. Se l'aumento periodico è correlativo al rapporto stabile o tendente a stabilità non si può senz'altro estenderlo al rapporto anteriore e precario, per il quale era stabilito uno speciale trattamento economico.

È stato osservato che il servizio interinale dei medici condotti, seguito immediatamente da nomina definitiva in base a concorso, come è efficace agli effetti del periodo di prova così deve essere considerato valido agli effetti del termine per gli aumenti periodici.

Ma a me sembra che le due situazioni siano diverse.

Gli effetti della nomina definitiva decorrono dalla data del relativo provvedimento. Dottrina e giurisprudenza hanno ritenuto correttamente che, agli effetti della prova e dell'esperimento pratico in un dato ambiente, e, quindi, della stabilizzazione giuridica del rapporto, si debba tener conto anche dell'attività esplicata dal medico condotto, per lo stesso ufficio di assistenza sanitaria, in quanto anche tale attività, per identità obbiettiva e soggettiva, costituisce un esperimento apprezzabile; e poichè la legge non prescrive che la prova segua integralmente la nomina definitiva, si è ritenuto correttamente che sia valutabile il servizio anteriore. Ma, in questo caso, la equiparazione — che in realtà non è assimilazione — ha una destinazione logica e giuridica, in quanto rende valutabile, come elemento del giudizio di idoneità, il servizio di condotta, sia pure interinale.

Ma nel caso degli aumenti periodici si tratta di estendere ad un rapporto di impiego determinato, per il quale è stabilito espressamente uno speciale trattamento economico, e dopo che questo rapporto giuridico ed economico è estinto, le norme relative all'impiego stabile o tendente a stabilità che lo segue e non si confonde con esso, almeno economicamente.

Una diversa soluzione può invece risultare dalle norme del capitolato o dalla deliberazione di nomina circa gli aumenti periodici: da questo punto di vista la questione non è più di massima ma è di specie.

Se le disposizioni locali si possano intendere nel senso che l'aumento periodico sia stabilito in rapporto alla effettiva durata del servizio sanitario, si può nei singoli casi dimostrare e sostenere che è valutabile anche il servizio interinale seguito da nomina definitiva.

Ma in questo caso fonte della norma — e quindi del diritto soggettivo — è l'atto amministrativo. Sarebbe inutile ora una disamina delle varie ipotesi che si possono rilevare in pratica. A me premeva di segnalare che sarebbe rischioso agire eventualmente in forza di un criterio generale che consideri senz'altro valutabile, agli effetti degli aumenti periodici, anche il servizio interinale anteriore alla nomina definitiva.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La sede del Monumento al Medico caduto in guerra.

L'anno scorso quando il Comitato iniziatore della celebrazione del medico caduto in guerra cominciò a precisare la propria azione ed il proprio programma esprimemmo il nostro avviso contrario al progetto di erigere il monumento commemorativo nella sede della Scuola di Applicazione di Sanità Militare a Firenze.

Interpretando il sentimento di molti medici, e sopratutto apprezzando il significato che deve avere il monumento, indicammo Roma, come la sede più conveniente della glorificazione.

Allora scrivemmo: « Oltre ed al di sopra del soldato, nell'ufficiale medico deve essere glorificata la sua missione sublime. In Lui deve essere glorificato il medico che ha servito la patria ubbidendo ai più nobili e più puri sentimenti umani, il medico che è morto per lenire e le sofferenze ed i dolori degli altri, che è morto per non far morire gli altri. Ed il monumento deve significare la scienza che si fa pietà e sacrificio, e deve essere collocato in luogo dove ognuno possa liberamente deporre il fiore della riconoscenza ».

Non insistemmo perchè ogni contrasto programmatico avrebbe potuto diminuire la solennità della manifestazione, e sopratutto pregiudicare la riuscita della sottoscrizione che doveva fornire i fondi necessarî. Ora che questi si sono raggiunti nella quantità indispensabile, ci sembra doveroso ritornare sull'argomento, tanto più che la classe medica ha chiaramente manifestato i proprî sentimenti e desiderî al riguardo in voti formulati da Consigli degli Ordini dei Medici e da altre Associazioni.

E non possiamo riprendere meglio là nostra campagna che riportando un articolo pubblicato recentemente nel «*Pensiero Sanitario*», del prof. Pietro Capasso, articolo nel quale l'onorevole collega ribadisce i concetti ed i sentimenti che ci spinsero a proporre Roma come sede del Monumento.

La classe medica italiana con giustificato sentimento d'orgoglio e con profonda tenerezza si prepara alla grande manifestazione solidale in memoria dei compagni che caddero per la Patria.

Poichè molte discussioni si vanno svolgendo intorno alla scelta del posto dove bisognerà collocare il monumento, sentiamo il dovere di manifestare la nostra ragionata opinione che probabilmente raffigura quella di grandissima parte dei medici italiani e che certo incarna quella delle famiglie dei medici caduti. Per considerazioni ovvie di storia e di etica nazionale, a noi piacerebbe che il monumento al medico caduto in guerra sorgesse in Roma, memore ed immortale.

Le ragioni addotte per la scelta di Firenze non ci convincono nè ci persuadono. Non è sufficiente dire che a Firenze deve sorgere il monumento, solo perchè di là passarono tutti i medici che andarono in zona di guerra. Anzitutto ciò è inesatto: i medici che accompagnarono i reggimenti e le formazioni belliche nel momento della mobilitazione non fecero alcuna sosta a Firenze per alcuna ragione. Dai 15 a 18 mila medici che prestarono servizio per la guerra, pochi frequentarono la Scuola di sanità militare (che proprio negli anni della guerra non funzionò), e non molti vi subirono la famosa visita d'idoneità.

Ad ogni modo, se si è voluto o si vuol scegliere Firenze come simbolo, pel fatto che colà esiste l'unico istituto di studi sanitari militari — a parte il fatto che ben pochi furono tra i medici andati in guerra coloro che da quella scuola provenivano — noi ci ribelliamo vivamente al pensiero che il monumento, alla consacrazione del quale con così profonda commozione partecipano non i medici soltanto, ma le migliori anime italiche, debba rimanere clandestino entro le pesanti mura della scuola, così come se dovesse ricordare qualcuno che soltanto nell'ambito di quelle mura si fosse reso degno e memorabile.

La scuola ricorderà, se non ha già ricordato, gli allievi di un tempo che morirono in guerra. Ma il significato di questo monumento è ben diverso. Esso deve dire alla Nazione tutta, e non ai pochi volenterosi soltanto che varcheranno quelle soglie, la divina opera che il medico compì, i sacrifizi cui si assoggettò, la vita che gettò per riaccendere le spegnentisi lampade della vita nei corpi gementi ed insanguinati dei difensori della Patria.

Rinchiudere il marmoreo ricordo esaltatore di quest'opera fraterna e sublime in un cortile dove gli occhi della Nazione riconoscente non avran modo di penetrare; sottrarlo alla contemplazione ed alla ammirazione devota di un popolo tutto; circondare di mura, di porte, di sentinelle, di piantoni il sacrificio consacrato, significa ridurne la importanza nazionale e diminuirne l'alto significato ammonitore per le generazioni venture.

Noi, per questo, insistiamo nel dire e sostenere che il monumento al medico caduto in guerra deve sorgere in Roma. Ma, sopratutto, ci opponiamo con tutte le nostre forze alla mediocre idea della carcerazione del monumento in un cortile che il progressivo riconoscimento della unicità della scienza, e l'attuazione logica della Nazione armata dei medici (come accadde, del resto, nella nostra guerra) potrebbe domani anche mettere fuori uso.

Noi chiamiamo a raccolta su questo argomento i medici d'Italia. E chiediamo anche il pensiero del Governo.

E siamo sicuri che tutti saranno con noi nel volere che non nelle angustie opache di un cortile, ma alla gloria dell'aria, della luce, del sole italico, in una grande piazza o su di un immortale poggio di Roma Augusta debba essere consacrato il ricordo nazionale ai medici che caddero per la grandezza della nostra terra.

L'on. Capasso ha parlato chiaro per chi vuole intendere. E noi ci auguriamo che prendendo inspirazione dalla grandezza del sacrificio di coloro che si dovranno glorificare, il Comitato organizzatore alle sue grandi benemerenze voglia aggiungere quella della rinunzia ad un programma, che per quel che riguarda la sede del monumento, non ha avuto l'approvazione di quasi tutta la classe medica.

Pangloss.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(*Continuazione della sottoscrizione, vedi fasc. 22*).

(VARIE):

Dott. Palmieri Giuseppe, Newark (N. J.) . . . . L. 40 —
Dott. Cialdea Pietro, Ardea . . » 30 —
Dott. Gatta Antonio, Serracapriola . . . . 20 —
Dott. Impacciani Giulio, Roma . » 10 —
Dott. Jannuzzi Cesare, Cortona . » 10 —
Dott. Piermarini Gian Domenico, Caprese Michelangiolo » 15 —
Dott Conti Gino, Camponocecchio . . . » 15 —
Dott. Muzzarelli Attilio, Modena » 10 —
Dott. Dunn W. L., Col. medico dell' Esercito Americano (a mezzo dott. Sambalino, Firenze) (1) . . . » 100 —
Dott. Masoni Alfredo, Lari . . » 10 —
Dott. Mazzini Leonardo, Riano. » 20 —
Dott. Marone Camillo, Tornimparte . . . . . . 50 —
Dott. Scarano Antonio, Roma . » 20 —
Dott. Speranza Umberto, Roma . » 10
Dott. Coen Cagli Giorgio, Roma. » 10 —
Dott. Colvara Achille, Farigliano » 10 —
Dott. Parisella Cesare, Norma . » 10 —
Dott. Guidetti Pietro, San Fior » 20 —
Dott. Demi Guido, Monticiano . » 20 —
Dott. Fabrini Raoul, Gubbio . . » 15 —
Dott. Motta Antonio, Taranto . » 10 —
Dott. Messuti Lorenzo, San Paulo » 30 —
Dott. Mattei Carlo, Gubbio . . » 15 —

(SAVONA):

Magg. Med. Assim. P. Catellani Salvatore . . . . . L. 25 —
Cap. Med. Compl. Spotorno Giuseppe . . . . » 10 —
Ten. R. Mar. Dott. Giorello Bernardo . . . . . . L. 10 —
Ten. Med. Gatti Gelso . . . » 10 —
S. Ten. Med. Grosso Angelo . . » 10 —
Cap. Med. Ferro Luigi . . . » 25 —
S. Ten. Med. Astengo Ottavio . » 10 —
Cap. Med. Mastroianni Antonio . » 68 —
Ten. Col. Med. Fantoli Giulio . » 117 —
Magg. Med. Rampi Pietro . . » 93 —
Cap. Med. Di Stefano Giuseppe . » 95 —
Cap. Med. Passera Tancredi . . » 68 —
Cap. Med. Seia Giacomo . . » 100 —
Cap. Med. Ricci Antonio . . » 88 —
Cap. Med. Negri Mario . . . » 102 —
Prof. Corsini Andrea . . . » 10 —
Dott. Maunelli Vincenzo . . . » 10 —
Dott. Tagliaferri Ettore . . . » 10 —
Dott. Palamidesi Torquato . . » 10 —
Prof. Gasperini Gustavo . . . » 10 —

(PIACENZA):

Ten. Med. Mori Annibale . . . L. 79 —
Ten. Med. Diana Eugenio . . . » 73 —
Ten. Med. Felmoni Alfredo . . » 68 —
Dott. Fermi Francesco . . . » 21 —
Dott. Zanetti Giovanni . . . . » 39 —

(SPEZIA):

Dott. Chiappini Amedeo . . L. 10 —
Dott. Costa Alfonso (Marola) . » 10 —
Dott. Bustighi Mario (Chiappa). » 10 —
Dott. Carletti Amedeo . . . » 10 —
Dott. Luciardi Agostino (Pegazzano) . . . . . . » 10 —
Dott. Gagliardi Lorenzo . . . » 10 —
Dott. Scopesi Giovanni . . . » 10 —
Dott. Torre Giuseppe . . . » 10 —
Dott. Valdattaro Vincenzo (Migliarino a Monte) . . . » 10 —
Dott. Bertolini Edmondo . . . » 10 —
Dott. Bastiani Ferruccio . . . » 10 —
Dott. Marsigli Filippo (Migliarino a Monte) . . . . » 10 —
Dott. Marcianò Giuseppe . . . » 10 —
Cap. Med. Sabatini Angelo . . » 100 —
Dott. Toracca Antonio . . . » 10 —
Dott. Casavecchia . . . . » 10 —
Dott. Beverinini . . . . » 10 —
Dott. Rapallini Rinaldo . . . » 10 —
Prof. Cassanello Rinaldo . . . » 10 —
Dott. Allegri Luigi . . . . » 10 —
Dott. Arnovas Giuseppe . . . » 10 —
Dott. Pontremoli Francesco . . » 10 —
Dott. Della Torre Umberto . . » 2 —
Dott. Di Bernardo . . . . » 10 —
Prof. Pardi . . . . . . » 10 —
Prof. Capellini Carlo . . . » 10 —
Dott. Zacutti Achille . . . » 2 —
Dott. Rolland . . . . . » 3 —
Dott. Dapozzo Cesare . . . » 10 —
Cap. Med. Aldoini Francesco . . » 100 —

(NAPOLI):

Col. Gualdi Carlo . . . . . L. 122.40
Ten. Col. Volpe Mazzini . . . » 150 —

(*Continua*).

---

(1) L'offerta perviene accompagnata dalle seguenti parole: « Il Colonnello Medico dell'Esercizio Americano W. L. Dunn, che fece parte del contingente inviato dagli Stati Uniti sul nostro fronte nell'ultima guerra, invia, a mio mezzo, L. 100 dichiarandosi veramente felice di potere inviare la sua piccola contribuzione per tale opera ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALATRI (*Roma*). — Scad. 10 giu.; 2ª cond. Lire 7500 per 1500 pov., addizion. L. 1.50; cinque quadrienni decimo; un c.-v.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 21.

ESPERIA (*Caserta*). — Poveri fraz. Monticelli. Stip. L. 6000 lorde; aumento un decimo ogni quinquennio, indenn. caro-viv. Scad. 24 giugno. Rivolgersi Segreteria.

FORNI AVOLTI (*Udine*). — Scad. 20 giu. L. 8000 oltre L. 3500 mezzo trasp., L. 500 uff. san., doppio caro-viv.

GRUMELLO CREMONESE (*Cremona*). — Alle ore 16 del 17 giugno. Vedi fasc. 22.

GUARDIA VENETA (*Rovigo*). — Scad. 15 giugno. L. 7200 oltre L. 2500 se cavalc., L. 1000 se bic., 2 c.-v., L. 400 uff. san., abitaz. Pov. circa 600. Serv. entro 15 giorni.

LEONESSA (*Aquila*). — A tutto 25 giu. Consor. Kmq. 60. Poveri 500 circa su 3000 ab. Età lim. 40. L. 6000 oltre i c.-v. e L. 2000 disag. resid., L. 2000 cavalc.

LUGO (*Ravenna*). — Per S. Bernardino. Scad. 12 giu. L. 8200 e dieci bienni ventes.; L. 2000 cav.; doppio c.-v.

MESOLA (*Ferrara*). — Scad. 15 giu. Per Massenzatica. L. 7400 e 10 bienni ventes., L. 4000 cav. (L. 2000 se altro mezzo a trazione meccanica, lire 700 se bicicl.), addizion. L. 2 oltre 1000 pov.

MONTECATINI VALDINIEVOLE (*Lucca*). — A tutto il 10 giug. L. 6000 e 8 trienni decimo, oltre L. 2000 ind. cav., revidibile; 600 pov. su 3376 ab. Serv. entro 15 giorni.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Medico primario del Reparto tubercolosi polmonare, padiglione «Da Monte e «Camerini». Scad. ore 17 del 20 luglio. Vedi fasc. 21.

SALGAREDA (*Treviso*). — Scad. 19 giugno. L. 6000 fino a mille poveri; L. 2 ogni povero in più; lire 2500 mezzo trasp.; L. 500 se incaricato uff. san.; doppio caro-viveri.

SASSOCORVARO (*Pesaro e Urbino*). — A tutto il 15 giu., 2ª cond., ab. 3200 di cui circa 800 a cura grat.; L. 7000 per 500 pov., L. 3000 cav. equina, L. 400 uff. san., L. 1000 disag. res., L. 1200 c.-v., L. 3 addiz. Residenza entro 10 giorni dalla nomina.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Proroga 10 giugno.

S. NICOLA LA STRADA (*Caserta*). — Scad. 30 giugno. Stip. L. 6000 lorde, assistenza soli pov.; aumentabili di un decimo per ogni quinquennio; una indenn. caro-viv. Età limite 40 anni. Docum. rito.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 4 lug. Due cond.; L. 13,000 ciascuna oltre c.-v. di L. 100 per ammogliato, L. 65 per celibi.

TRASQUERA (*Novara*). — Scad. 10 giug. Condizioni concordate.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffide: Tolmezzo (Udine), Trasquera (Novara), Portico, S. Sebastiano e Galeata (Forlì), Codigoro (Ferrara).

Nuovo boicottaggio: Consorzio Chiesa-Lanzada-Caspoggio (Sondrio).

MEDICINA SOCIALE.

Contro le pratiche abortive e sulla opportunità del certificato prematrimoniale.

L'Associazione Ligure di Medicina Legale e delle Assicurazioni Sociali radunata in assemblea, ha approvata all'unanimità la relazione del prof. A. Morselli sull'impressionante dilagare delle pratiche abortive ed anticoncezionali, approvando un opportuno ordine del giorno esprimente i voti dell'assemblea acciocchè:

1) Le Autorità di P. S. provvedano più decisamente ad inibire ogni indecente reclame che specialmente infesta le quarte pagine dei giornali e che, in modo malizioso e subdolo, costituisce criminoso incitamento a delinquere ed evidente offesa al buon costume;

2) che siano incoraggiate tutte quelle Istituzioni che si propongono la protezione morale ed economica della donna caduta e della infanzia abbandonata provvedendo a che di tali provvide Istituzioni, con più largo criterio umanitario, sia accresciuta la potenzialità ed estesa la competenza medico-sociale;

3) che sia invitata la classe sanitaria (medici, chirurghi e levatrici) a non avvalersi della eccezione all'obbligo del referto di cui all'art. 479 del C. P. in caso di assistenza a qualsiasi aborto giacchè trattasi di fatto che, per sè, può essere conseguenza di reato contro la persona;

4) che ogni aborto terapeutico venga previamente deciso, come di norma, in base a competente consulto medico;

5) che sia provveduto ad una prudente educazione sessuale nelle Scuole nonchè ad una sana propaganda popolare intorno all'igiene della procreazione elevando inoltre la cultura e la missione medico-sociale della levatrice più intimamente atta a confidenza femminile e famigliare;

6) che la classe medica, nei limiti della propria competenza, cooperi acciocchè anche il problema sessuale, così come l'igiene della famiglia e la missione della donna, possano conseguire più naturale risoluzione colla elevazione economica e con più giusto assestamento delle classi sociali. In ordine poi alla opportunità del certificato prematrimoniale, aderendo in massima ai deliberati della Reale Società d'Igiene di Milano, su proposta del Presidente prof. Perrando è venuta alla determinazione della necessità di un serio ammonimento opportunamente redatto, da impartirsi per iscritto ed a cura dell'Ufficiale di Stato Civile all'atto di ogni richiesta di matrimonio e prima di ogni pubblicazione di rito; ammonimento diretto a segnalare i sacri e reciproci doveri degli sposi anche in ciò che concerne la loro salute e l'eugenetica, cosicchè essi comprendano in tempo tutta l'importanza non solo economica, ma anche igienico-sociale dell'atto che intendono compiere.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno di malariologi a Roma.

Il 21 maggio, presso il Ministero dell'Interno, nella sala del Consiglio superiore di Sanità, si iniziò il Convegno di malariologi stranieri, qui convenuti per deliberazione del Consiglio d'Igiene della Società delle Nazioni, dove la proposta avanzata dal direttore generale della *Rockefeller Foundation,* dott. Wikliffe Rose, venne riconosciuta meritevole di attuazione in vista del vantaggio sanitario che ne sarebbe derivato alle amministrazioni dei paesi in cui è diffusa l'endemia malarica.

Fra i medici stranieri intervenuti, erano i dottori: Rulot e Haigh, del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni, Williams (Stati Uniti), Nocht e Mühlens (Germania), Swellengrebel (Olanda), Raabe e Jarniskj (Polonia), Moutoussis (Grecia), Kemal Libobona Nafiz (Albania), Rontcheff e Nazlamoff (Bulgaria), Sfarsic (Jugoslavia), Bettencourt (Portogallo), Bárdaji y Lopez Enrique (Spagna). Altri erano attesi.

Un largo stuolo di personalità della scienza medica italiana si era dato convegno per ricevere degnamente i colleghi stranieri. Gli onori di casa furono fatti dal vice-direttore generale della Sanità Pubblica dott. Alessandro Messea, in assenza del direttore generale dott. Alberto Lutrario, che trovavasi a Parigi per partecipare alle sedute dell'Ufficio Internazionale d'Igiene; erano presenti i sen. Grassi, Marchiafava, Sanarelli, i proff. V. Ascoli, Bignami, Dionisi, Gosio, Gualdi, Badaloni, i gen. med. Della Valle e Bressanin, i col. med. Baduel e Riva, i dottori Baldi, Basile, Giardina, La Branca, Della Seta e molti altri.

Il comm. Messea porse a nome del Governo un saluto beneaugurale agli eminenti colleghi, i quali troveranno in Italia la maggiore cordialità, che deriva dalla comunanza degli studi e delle aspirazioni umanitarie.

Il dott. Rulot ringrazia dell'accoglienza cordiale; accenna agli scopi che la Società delle Nazioni si prefigge con gli scambi di personale sanitario; rileva i progressi compiuti dall'Italia nella lotta contro la malaria.

Il prof. Swellengrebel, dell'Università di Amsterdam, afferma la grande importanza di questa riunione in Italia e particolarmente in Roma, ove gli studi sulla malaria hanno avuto la più antica e larga esplicazione.

Sorge in ultimo a parlare l'illustre decano dei malariologi romani, il sen. prof. Ettore Marchiafava, in nome dei colleghi italiani, e della Croce Rossa Italiana, la quale da più di un ventennio, ha dedicato la sua azione alla lotta contro la malaria. Espone sommariamente la gravità del problema ed i beneficii derivati dalla speciale organizzazione profilattica costituitasi in Italia. La mortalità per malaria è ormai contenuta e ridotta in modo considerevole, e tutti gli sforzi vanno concentrandosi nei congegni profilattici

XVII Congresso francese di Medicina.

Si terrà a Bordeaux dal 27 al 29 settembre, sotto la presidenza del prof. X. Arnozan. Temi in discussione: Esiti remoti della malaria; Rapporto tra simpatico e glandole endocrine in patologia; Trattamento delle infezioni da meningococco. Segretario generale: prof. R. Cruchet, rue Ferrère, 12 - Bordeaux.

Nell'Associazione fra Direttori sanitari d'Istituti ospedalieri.

Il nuovo Consiglio direttivo dell'Associazione fra direttori sanitari d'Istituti ospedalieri, in seguito alle elezioni avvenute in gennaio, è risultato così composto: presidente, prof. E. Ronzani, direttore Ospedale Maggiore di Milano; vice-presidente, dottor G. Guicciardi, direttore Ospedale Congregazionale di Modena; consiglieri: prof. C. Baldassari, direttore degli Ospedali di Firenze; dott. E. Ligorio, direttore dell'Ospedale Maggiore di Venezia; dott. L. Giulietti, direttore dell'Ospedale di Novara; dott. A. Torti, direttore del Policlinico Umberto I di Roma; venne poi eletto segretario il prof. Arturo Campani, direttore del Sanatorio Croce Rossa di Cuasso al Monte, già direttore degli Ospedali Civili di Brescia.

Un medico filantropo.

Il dott. cav. Carlo De Liso medico a Manduria ha donato a quell'Ospedale civile lire 100,000. Il 30 aprile il Comune di Manduria gli ha conferito la cittadinanza onoraria e la Congregazione di Carità ha intitolato al suo nome il riparto chirurgico.

Conferenza.

Il prof. A. Signorelli ha tenuto un'affollata conferenza, in cui ha esposto le sue nuove concezioni sulla patogenesi e cura della tubercolosi: il bacillo specifico attecchirebbe su terreni anemizzati; la posizione alta del diaframma favorirebbe la replezione venosa dell'organismo e in particolare quella dei polmoni e quindi promuoverebbe l'immunità: da ciò il suo nuovo precetto terapeutico di tenere il diaframma in sollevamento massimo.

Attenti alle ricette degli stupefacenti.

La legge sugli stupefacenti all'art. 5 prescrive che i medici, che non segnino nelle ricette di stupefacenti cognome, nome e domicilio dell'ammalato a cui le rilasciano incorrono nella pena pecuniaria da lire duemila a cinquemila! Siccome la legge è andata in vigore mentre manca il regolamento, la Presidenza della Federazione degli Ordini ha chiesto chiarimenti telegrafici al Ministero dell'Internò, il quale ha risposto che l'art. 5 deve essere applicato sin d'ora per la cocaina e la morfina espressamente citate nell'art. 1 della legge stessa. Per le altre sostanze l'applicazione dell'art. 5 è subordinata alla prossima pubblicazione del Regolamento al quale verrà annesso l'elenco delle sostanze stupefacenti prescritto dall'art. 12 della legge.

(*La Federaz. Medica*).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Lancet, 17 feb. — O. Meyerhoff. La respirazione cellulare. — J. Fawcett. e J. J. R. Ryle. Shocks anafilattici tardivi e immediati.

Pediatria, 15 gen. — S. Fabris. La pressione arteriosa nel neonato. — F. Lo Presti-Leminerio. Trattamento delle bronchiti e broncopolm. nell'infanzia.

La Presse Thermale et Climat., 15 feb. — Samways. Il clima della Riviera.

Bull. Ac. de Méd., 6 feb. — F. Bezançon. Febbre e artropatie d'origine proteinica.

Wien. Klin. Wochens., 15 feb. — P. Walzel-Wiesentren. Nuovi punti di vista nella chirurgia delle vie biliari.

Gaz. d. Hôp., 17 feb. — H. Roger. Lo zona.

Paris Méd., 17 feb. — Numero sul cancro.

Journ. d. Praticiens, 13 gen. — Chauffard. Itteri sifilitici e itteri arsenicali.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 11 feb. — F. Alessio. Alterazioni del plesso celiaco nel diabete mellito.

Presse Méd., 17 feb. — M. G. Marinesco. Sul meccanismo della febbre.

Mediz. Klinik, 18 feb. — F. König. Operazioni contro il dolore. — v. Rad. Depravazione morale consecutiva ad un trauma cranico.

Deutsche Mediz. Wochens., 16 feb. — L. Schwarz e H. Hefke. Cause d'errori nella diagnosi precoce d'encef. letarg.

Münch. Med. Wochens., 16 feb. — E. Kisch. Trasfusioni di sangue in tubercolotici deperiti. — E. Birt. Lo «yatren» nella dissenteria amebica.

Riv. di Ginecologica, ecc., gen. — M. Motta. Metodo Abbott per la cura delle vecchie scoliosi.

L'Igiene Moderna, gen. — S. Cannata. La profilassi della tbc. nell'infanzia.

Zbl. f. in. Med., 24 feb. — C. Klienenberger. Tifo addominale e cirrosi epatica.

Brit. Med. Journ., 24 feb. — A. Fuller. Dolori e sofferenze di origine renale. — T. Drummond. Asma e insufficienza surrenale.

Paris Méd. 24 feb. — Carnot e Blamontier. Trattamento dell'encefalite letargica con iniezioni intravenose di salicilato di sodio. — Hamant e Méry. Trattamento della tuber. polmonare con la diurotropina iodobenzometilica.

Prensa Méd. Argentina, 10 gen. — R. Chiappori. Siringomielia tabetiforme. — 20 gen., A. Astraldi. Infezione dell'adenoma prostatico.

Archivi.

Nevue Neurol., dic. — L. Cornil e R. Targowla. Spasmo di torsione (distonia lenticolare) d'origine infettiva.

Nederlandsch Tijdschrift voor Genceskunde, 1923, n. 1. — J. F. Hulk. Formazione cavernosa attorno alla vena porta.

Id., n. 2. — H. Roorda Smith. Sifilide del centro uditivo. — C. Da Lange e J. C. Schippers. Immunizzazione attiva contro la difterite.

Id., n. 3. — L. Bolk. Sulle pieghe cutanee mongoliche nell'idiozia mongolica. — H. Van Blommestein. L'esplorazione rettale durante il parto. — J. Koopman. Di alcune proprietà fisiche del siero di sangue in sani ed in malati.

Indice alfabetico per materie.

Arsenobenzoli: apoplessia sierosa da — *Pag.* 749
Arsenobenzoli per iniezioni endomuscolari: pericoli . . . . » 749
Bibliografia . . . . . » 739
Biologia: concezione fondamentale . . » 732
Congiuntivite gonococcica: sierovaccinoterapia . . . . . » 723
Dermatosi mercuriali . . . . » 749
Dolori renali: i — . . . . » 734
Emianopsia: importanza diagnostica . . » 747
Incontinenza d'urina: cause e trattamento . . . . . » 738
Leucocitosi da processi suppurativi: schema di Arneth . . . . . » 721
Leucoplasia . . . . . » 740
Liquido cef.-rachid.: potere riducente . » 750
Medici condotti: servizio utile agli effetti degli aumenti di stipendio . . . . » 752
Medicina sociale . . . . *Pag.* 746, 756
Medico caduto in Guerra: sede del monumento al — . . . . *Pag.* 754
Morbo di Addison di origine sifilitica . » 749
Meningite così detta sierosa . . . » 727
Nefrectomia: importanza della costante . » 736
Nomine in base a concorsi: diritto di scelta . . . . . . » 752
Ostetricia e ginecologia: comunicazioni varie . . . . . . » 740
Pneumotorace Forlanini: tecnica . . 729, 730
Proctoclisi: modificazione all'apparecchio ordinario . . . . . » 728
Prostata: atrofia . . . . . » 737
Radici dorsali motrici: funzioni . . » 747
Servizi igienico-sanitari del Regno: riorganizzazione . . . . . » 751
Sifilide osteo-articolare . . . . » 748

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

È uscito in questi giorni il volume degli Atti del 1° Congresso della

SOCIETA' ITALIANA DI UROLOGIA

tenutosi in Firenze il 24 Ottobre, 1922.

Esso contiene le seguenti interessantissime pubblicazioni:

Prof. C. Alessio. Sul priapismo essenziale . . . . *Pag.* 134
Prof. R. Alessandri. La radiografia nelle affezioni degli organi urinari . . » 83
Prof. A. L. Bonanome. Sopra un caso di voluminosa idronefrosi congenita » 44
Dott. C. Boretti. Contributo alla chirurgia del rene unico . . » 31
Dott. D. Bosmin e **Dott A. Romani.** Sulle iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie . . . . . » 53
Prof. C. Bruni. Una modifica all'ottica dei cistoscopi . . . . . » 100
Prof. C. Bruni. Su di una rara complicanza nel decorso postoperativo della prostatectomia alla Freyer . . . . » 101
Prof. N. Carraro. Un caso di adenoma e varici vescicali. . . . . » 108
Prof. N. Carraro. Rottura traumatica della vescica. Necrosi. Eliminazione totale delle pareti e ricostruzione spontanea della vescica. . . » 111
Prof. N. Carraro. Ritenzione cronica incompleta d'urina da glandole prostatiche accessorie . . . . » 117
Dott. C. Chiaudano. Colica nefritica e ritenzione nel rene superstite a nefrectomia per tubercolosi . . . . » 78
Prof. G. D'Agata. Dilatazione cistica intravescicale dell'estremità inferiore dell'uretere, trattata con la diatermia . . . . » 89
Prof. Delfino. Il metodo di Ombredanne nella criptorchidia . . . . » 132
Prof. L. Ferria. Sui calcoli della porzione pelvica dell'uretere . . . . » 85
Prof. U. Gardini. Risultati lontani della prostatectomia . . . . . . » 15
Prof. U. Gardini. Di un caso curioso di corpo estraneo nella vescica . . » 121
Prof. G. B. Lasio. I risultati remoti della prostatectomia alla Freyer . » 7
Prof. P. Lilla. Adenoma periuretrale, uretroscopico . . . . . . » 132
Prof. P. Lilla. Sifiloma iniziale dell'uretra . . . . » 133
Prof. V. Martini. Di uno strumento per la incisione della mucosa vescicale nella prostatectomia ipogastrica . . . . » 76
Dott. Melanotte. L'esplorazione della funzione renale con la fenolsulfoneftaleina . . . . » 90
Dott. F. Nassetti. Un caso non comune di diverticoli multipli della vescica » 98
Dott. M. Negro. La prova della sulfofenolftaleina e la costante di Ambard in rapporto al mutamento del regime clorurato . . . . » 70
Prof. N. Pavone. Sull'anestesia dell'uretra e della vescica con soluzione di cocaina . . . . » 103
Prof. E. Pellecchia. Ulteriori considerazioni sulla terapia dei tumori della vescica con le correnti ad alta frequenza . . . . » 123
Prof. A. Perrucci. Rottura spontanea della vescica in encefalite letargica. Sutura della vescica. Guarigione . . . . » 123
Prof. A. Perrucci. Contributo alla conoscenza della sifilide vescicale. . . » 130
Prof. Rolando. Calcolo gigante del rene . . . . » 77
Prof. Rolando. Sulla costante ureo-secretoria . . . . » 77
Dott. A. Romani. Sopra un interessante caso di anomalia reno-ureterale. . » 45
Dott. A. Romani e **Dott. D. Bosmin.** Sulle iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie . . . . . » 53
Dott. F. Rossi. Calcolosi renale bilaterale ed ureterale destra. Nefrolitotomia ed ureterolitotomia destra. Pieloletotomia sinistra. Guarigione. . » 40
Prof. D. Taddei. Di una nefro-ureterotomia totale, secondaria, per calcolosi paravescicale dell'uretere con pionefrosi . . . . » 81
Prof. G. V. Tardo. Sulle alterazioni anatomiche dei reni in confronto con i risultati dell'esame funzionale . . . . » 59
Prof. G. V. Tardo. Sul valore della prova della sulfofenolftaleina . . . » 61
Dott. G. Volante. Sopra un caso di gangrena totale della mucosa vescicale » 95

Il volume, che ai Soci fondatori, ordinari ed onorari della Società è concesso **Gratis,** trovasi in commercio al prezzo di L. **25** più le spese postali di spedizione.

La nostra amministrazione, in considerazione dell'importanza degli argomenti trattati ed allo scopo di rendere più facile, ai proprî abbonati, non facenti parte della Società, l'acquisto del suddetto volume, si è posta in grado di poterlo cedere per sole

L. 20 in porto franco.

Per ottenerlo inviare subito Cartolina Vaglia al **Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina N. 14 - ROMA**

ANNO XXX Roma, 11 giugno 1923 Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: A. Sebastiani: Sul « flutter » auricolare.
Note e contributi: C. Licini: Sulla rachiostovainizzazione.
Medicina sociale: D. Pollara: Per una più coordinata lotta contro la tubercolosi.
Storia della medicina: D. Barduzzi: A proposito della genesi della sifilide e della sua invasione in Italia.
Sunti e rassegne: ENDOCRINOLOGIA: C. Sajous: Importanza dell'endocrinologia nella soluzione dei maggiori problemi della medicina. — W. B. Cannon: Alcune forme di controllo delle secrezioni interne. — R. Meissner: Sui rapporti tra l'osteopsatirosi idiopatica e il sistema endocrino. — Brain: Sindrome di Fröhlich nei tumori soprapituitari.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: XXII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. — XXXV Congresso degli Internisti tedeschi.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sistema digerente: L'arterio-sclerosi intestinale. — Il trattamento della ptosi e della dilatazione dello stomaco. — Contro il dolore della ragade anale. — Miscellanea: Le scapole alate. — Il trattamento delle emottisi. — L'irrigazione endouterina nelle infezioni puerperali. — Idiosincrasia da aspirina. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Le nuove disposizioni per le pensioni dei sanitari.
Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

LABORATORIO DI CARDIOLOGIA « S. P. DRAPER ».
IX PADIGLIONE - POLICLINICO - ROMA.

Sul "flutter" auricolare (1)

per il dott. A. SEBASTIANI, aiuto.

Il *flutter* è un disturbo funzionale del cuore, ma che può avere conseguenze non indifferenti nell'idraulica circolatoria. Di esso si è parlato poco nella letteratura italiana e, sebbene non eccessivamente frequente, costituisce una entità clinica bene individualizzata: perciò mi sembra opportuno parlarne in un giornale dedicato ai medici pratici, prendendo occasione da uno dei casi più tipici che sia caduto sotto la nostra osservazione.

G. B., 43 anni, scalpellino. Bevitore (vino), modico fumatore, lavoro faticoso. Nega malattie veneree. La moglie ha avuto quattro parti a termine e tre aborti. Non malattie precedenti degne di nota. Entra in Ospedale il 19 dicembre 1922 per affanno. Da otto mesi è colto di tanto in tanto (circa quattro volte in questo periodo) da attacchi di affanno che lo costringono al riposo a letto: insorgono senza causa occasionale, durano un paio di giorni; il P. non ne avverte un brusco stabilirsi e scomparire. Talvolta ha avuto la sensazione soggettiva, durante l'attacco, del battito cardiaco frequente; non ha mai però contato il suo polso. Negli intervalli fra gli attacchi il P. si sente benissimo. L'affanno è ricomparso 9 giorni prima dell'ingresso in Ospedale e non è più cessato.

L'esame obiettivo fa rilevare: nutrizione buona; modico pallore; nulla nell'apparato linfoghiandolare. Polmoni: lieve grado di polipnea; numerosi rantoli a medie e piccole bolle dalla spina della scapola in basso. Cuore ingrandito leggermente; l'azione cardiaca assai frequente (150 circa) impedisce una esatta percezione e localizzazione nel tempo di eventuali rumori abnormi (più tardi, ritornato il ritmo normale, si avverte alla punta un rumore presistolico). Polso assai frequente con qualche intermittenza; non tutte le pulsazioni cardiache arrivano alla radiale. Giugulari visibili con ondulazione assai frequente. Il fegato si palpa sotto l'arcata, aumentato di consistenza. Esame degli altri organi negativo.

Nelle urine: albumina (1/4 ‰); glucosio assente; esame microscopico negativo. R. W. negativa.

Riassumendo: paziente con segni netti ma non accentuati di insufficienza cardiaca. Tachicardia spiccata. L'elettrocardiogramma (figura 1) rivela l'esistenza di *flutter* auricolare.

(1) *Vorhof-flattern. Tachisistolia. Vibrazione auricolare.* La parola originale *flutter* non ancora tradotta in italiano sembra, pel momento, preferibile alle altre denominazioni che non riescono a definire esattamente il fenomeno. Sulla natura della contrazione muscolare nella fibrillazione auricolare e nel *flutter* vedi CARL J. WIGGERS. *The American Journal of Physiology*, vol. LXII, n. 2.

La prima osservazione nell'uomo di un disturbo di questo genere è dovuta a Hertz e Goodhart (1); esso è stato poi studiato da Rihl (9), da Jolly e Ritchie (3) e da altri. Uno studio completo ne ha pubblicato Thomas Lewis (4) nel 1912, illustrando otto casi personali e raccogliendone altri otto dalla letteratura, affermando che il disturbo non è poi tanto raro quanto si pensa.

Da allora le comunicazioni al riguardo si sono ripetute. Per nostro conto possiamo aggiungere che in un anno e mezzo, ne abbiamo osservati sei casi. È probabile, come suggerisce Lewis, che l'affezione risulterebbe assai più frequente di quanto non sembri se tutti i malati con tachicardia venissero esaminati all'elettrocadiografo.

Clinicamente il paziente si presenta spesso affannato e coi segni dell'insufficienza cardiaca; ma non è questa una regola costante e non mancano i casi in cui solo come reperto accidentale il medico scopre una grande frequenza del polso o meglio del battito cardiaco. Non è difficile infatti che non tutte le pulsazioni del cuore arrivino alla radiale; ma quasi sempre coll'ascoltazione si resta sorpresi dell'enorme accelerazione del battito: il reperto comune è dalle 120 alle 160 pulsazioni. Spesso il battito è perfettamente regolare, quasi pendolare; in altri casi esiste una irregolarità che consiste nell'intercalarsi di pause senza apparente regola. L'esame clinico del cuore e dei vasi arteriosi non può scoprire di più. Soltanto è talvolta possibile in soggetti con giugulari turgide vedere un'ondulazione frequentissima delle vene del collo.

Trattandosi di un fenomeno così rapido è evidente che solo i mezzi meccanici possono chiarirne l'essenza. Il tracciato radiale è già istruttivo e può farci sospettare di che cosa si tratti. Nella registrazione le onde arteriose si susseguono a grande frequenza e a intervalli regolari, ma sono di tanto in tanto separate da pause: ora, la misura di queste pause fa constatare che esse sono sempre un multiplo del breve intervallo fra due normali battiti radiali. Tale constatazione non autorizza in realtà che una conclusione generale e cioè che di tanto in tanto (ammesso che ad ogni contrazione del ventricolo corrisponda una pulsazione della radiale) mancano una o più risposte ventricolari a un impulso il quale ritorna ritmicamente a intervalli regolari, dovunque esso si produca.

La registrazione dei tracciati venosi è difficile; ma chi con tecnica abile e strumentario perfetto vi riesca (è necessario avere un tamburo registratore che abbia una frequenza naturale sopra a 250-300 al minuto) può constatare, solo nei casi e nei punti in cui il battito ventricolare è raro, delle minute ondulazioni *a* a intervalli regolari l'una dall'altra, schierantisi in serie tra le più evidenti onde *c* e *v*.

Ma solo l'elettrocardiografo ci rivela nettamente l'essenza del fenomeno. Come è noto, questo strumento registra separatamente ed esattamente i movimenti delle due camere del cuore, i quali si riproducono nella curva fotografica con caratteri che li fanno facilmente riconoscere. Ora, l'elettrocardiogramma di questi pazienti ci rivela subito che nell'orecchietta le contrazioni si seguono con enorme frequenza; ciò è nettamente visibile nella fig. 1. Applicando gli elettrodi non agli arti, come si fa generalmente, ma sul manubrio dello sterno e sull'angolo epato-cardiaco (approssimativamente), questi stanno meglio disposti per ricevere le variazioni elettriche che si producono nell'orecchietta; tutti i tracciati che qui pubblichiamo sono presi in questo modo. Tuttavia è perfettamente possibile riconoscere il fenomeno anche nelle comuni derivazioni cliniche: solo esso si presenta più evidente, direi più elegante, nel modo suddetto.

L'elettrocardiogramma è così importante non solo per la diagnosi ma per la comprensione esatta del *flutter* che è necessario indugiarci un po' ad esaminarlo. Consideriamolo separatamente nei suoi elementi auricolare e ventricolare: ciò equivale allo studio del comportamento dell'atrio e del ventricolo nel disturbo che ci interessa.

L'onda auricolare P ha una forma che si avvicina al normale; ma nel succedersi frequente di tali onde si vede, specialmente nei tracciati meglio riusciti, che non esiste mai un periodo isoelettrico: un'onda segue all'altra ininterrottamente. Ma due particolarità caratterizzano la manifestazione auricolare nell'elettrocardiogramma: la grande frequenza delle onde P e la loro perfetta eguaglianza sia nella forma sia negli intervalli che le separano. La frequenza nel nostro caso è di 280 al minuto; ma essa può variare nei diversi casi tra 200 e 350: perciò il fenomeno è stato detto anche tachisistolia auricolare. Ancor più importante è il secondo carattere; anzi il fatto essenziale del disturbo è che le contrazioni auricolari sono esattissimamente a eguale distanza l'una dall'altra: Lewis propone di limitare il termine di *flutter* auricolare a quei disordini, siano essi clinici o sperimentali, in cui le variazioni di lunghezza tra i cicli auricolari siano in media inferiori a 0.0009-0.0077 di minuto secondo: ciò che di fatto è risulta-

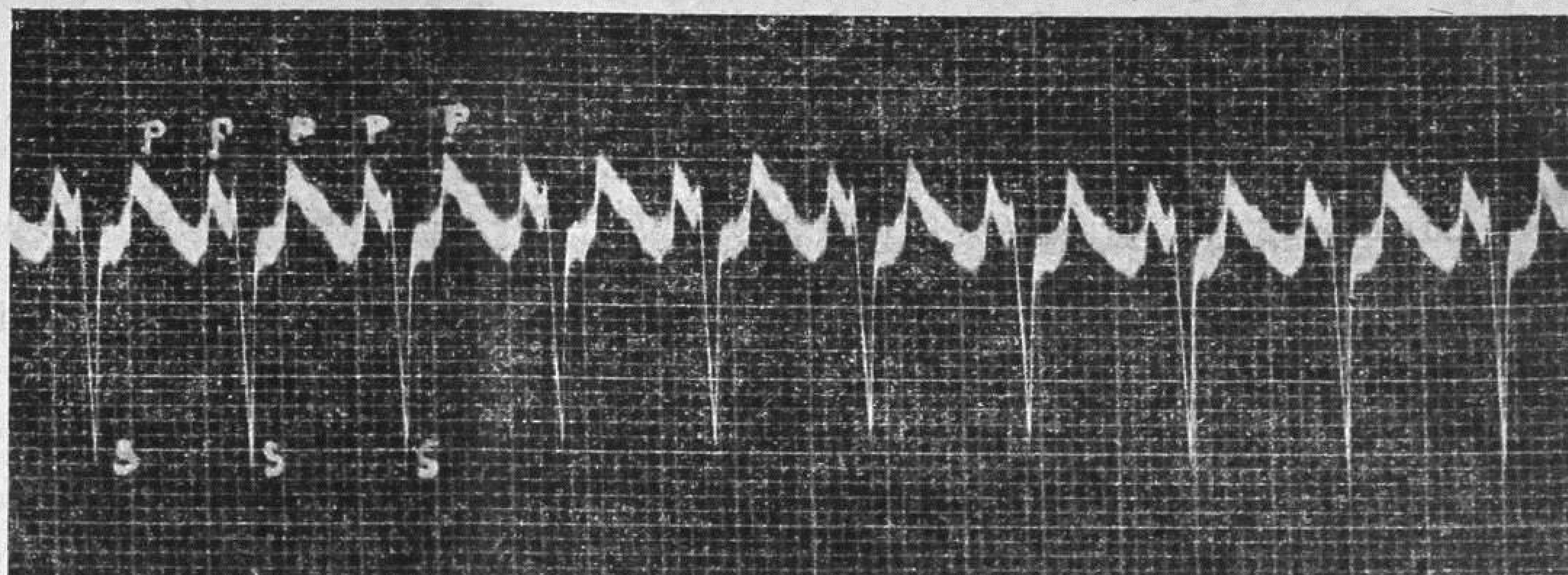


Fig. 1. — *Flutter* auricolare; blocco 2:1; frequenza auricolare 280, ventricolare 140 al minuto; ad ogni due contrazioni auricolari (P) che si susseguono a eguali intervalli corrisponde una contrazione ventricolare (S).
In questa e nelle successive figure: derivazione sternale, tempo in 1/5 e 1/25 di m'', standardizzazioni a 1 cm. per millivolt.

Fig. 2. — Effetto della compressione del vago sul *flutter*: la compressione è esercitata nel momento indicato dalla freccia; durante la sospensione dell'attività ventricolare per blocco A-V provocato artificialmente persiste e si mette in evidenza l'attività auricolare.

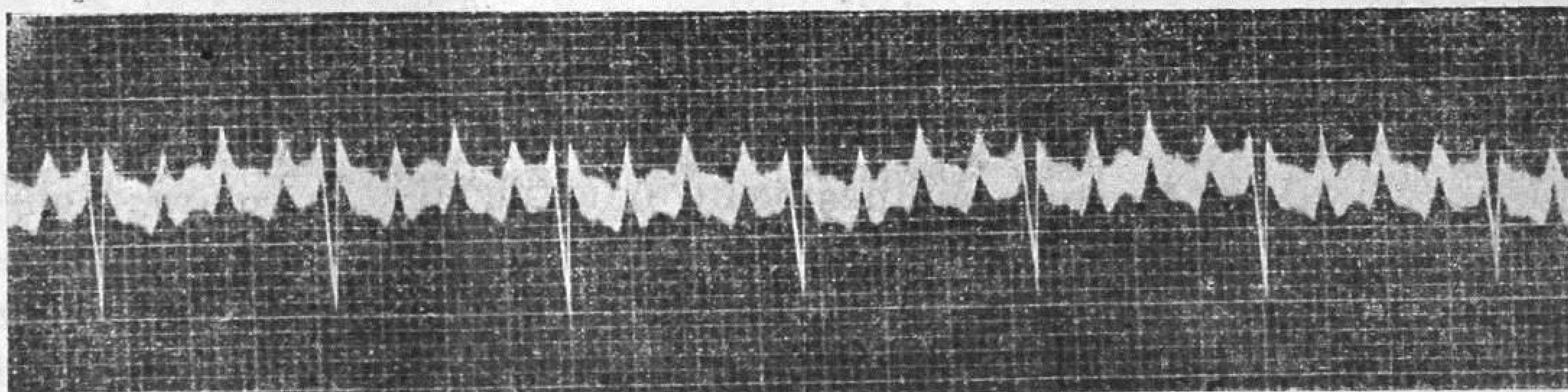


Fig. 3. — Effetto della digitale sul *flutter*: *a*) passaggio dal blocco 2:1 (vedi fig. 1) al blocco **4:1**.

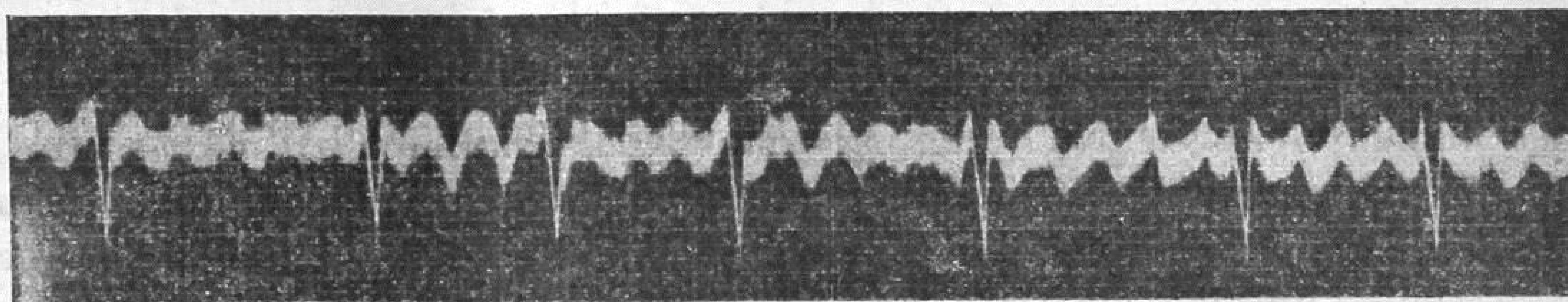


Fig. 4. — Effetto della digitale sul *flutter*: *b*) passaggio a fibrillazione auricolare.

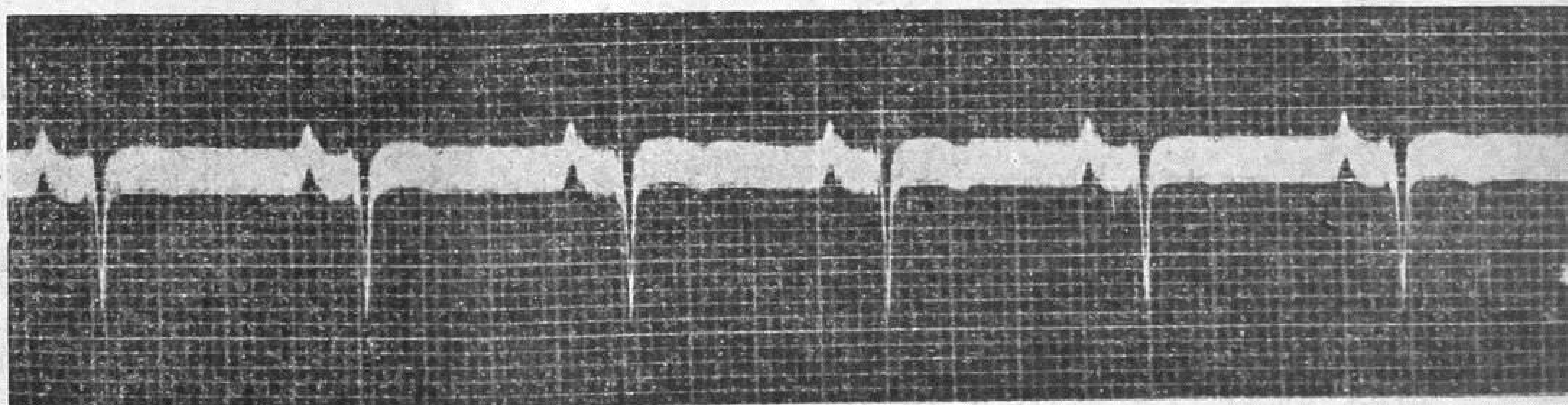


Fig. 5. — Effetto della digitale sul *flutter*: *c*) il ritmo normale è ristabilito.

to dalle sue scrupolose misure. Un altro fatto caratteristico di questa attività auricolare è che essa nello stesso caso non subìsce variazioni (o queste sono minime) da giorno a giorno e coi cambiamenti di posizione e con l'esercizio: essa insomma non è più dipendente, come quando lo stimolo si forma normalmente sul nodo del seno, dai nervi acceleratore ed inibitore. Tale ripetersi frequente della contrazione auricolare non è però sempre facile a vedersi nell'elettrocardiogramma, sebbene la derivazione così detta sternale per solito non lasci dubbi in proposito: quando il ventricolo batte con una frequenza esattamente della metà di quella dell'orecchietta, può accadere che ogni contrazione alterna di questa venga a coincidere presso a poco con la contrazione ventricolare: la *P* auricolare in tali condizioni resta sepolta in una parte del complesso ventricolare, deformandola leggermente e facendo solo sospettare la realtà delle cose; la nostra fig. 1 riproduce in parte una simile circostanza. Ma se spontaneamente o artificialmente il ritmo ventricolare si rallenta (vedi le figure successive) il complesso auricolare resta costante e spiccato, nel suo ripetersi incessante, nell'intervallo più lungo lasciato dai complessi ventricolari. Tutto ciò significa che, da qualunque parte provenga lo stimolo, si susseguono le contrazioni auricolari perfettamente eguali l'una all'altra per ciò che riguarda la loro eccitazione (che è in realtà il fenomeno che l'apparecchio registra): è questa una differenza essenziale con la fibrillazione auricolare (vedi fig. 3).

E veniamo all'attività ventricolare. La forma delle manifestazioni elettrocardiografiche del ventricolo si rivela subito perfettamente eguale al normale: ciò indica, come oramai è regola fondamentale dell'elettrocardiografia, che l'impulso al ventricolo proviene, come in via normale, da un punto situato al disopra del nodo atrio-ventricolare, cioè da un impulso «sopra-ventricolare». La frequenza delle contrazioni ventricolari è variabile sia da caso a caso, sia nello stesso soggetto secondo varie circostanze; ma essa è sempre inferiore a quella auricolare; e appare evidente dall'esame dei tracciati che, mentre alcune pulsazioni auricolari sono seguite normalmente dalla contrazione del ventricolo, altre restano isolate: esiste un *blocco* tra atrio e ventricolo. Per lo più questo blocco si riproduce regolarmente: nel nostro caso nella fig. 1 esso si ha per una contrazione auricolare su due, esiste cioè un blocco 2: 1; mentre in altri casi (e nel nostro stesso caso per influenza del trattamento) esso può avvenire per due contrazioni auricolari su tre (blocco 3: 1) o per tre su quattro (blocco 4: 1; vedi fig. 3); più raramente si hanno altri tipi. Altre volte il bloccarsi dell'impulso dall'orecchietta al ventricolo non è regolare ma si alternano i vari tipi di blocco 2: 1, 3: 1, 4: 1.

A differenza dell'attività auricolare, quella ventricolare è ancora sotto l'influenza dei nervi extracardiaci i quali agiscono diminuendo o aumentando il grado di blocco esistente. La osservazione clinica può già notare che facendo muovere gli ammalati di questo tipo, il polso, rispettivamente il ventricolo, si accelera, e l'elettrocardiogramma conferma questo reperto. Ma una dimostrazione anche più brillante del fenomeno, la quale permette di porre in maggiore evidenza la base del disturbo, cioè l'attività frequente dell'orecchietta, si ottiene con la compressione del vago al collo. È noto che la stimolazione del vago ha spesso azione inibitrice sul fascio atrio-ventricolare. Non in tutti i soggetti, per speciale disposizione individuale, si riesce a provocare il fenomeno. Nel nostro caso, comprimendo il vago destro al collo, siamo riusciti (vedi fig. 2) a sopprimere l'attività ventricolare, bloccando l'impulso lungo il fascio di conduzione, per ben 8 secondi e 2/5 (l'esperienza a questo punto fu sospesa perchè naturalmente poteva essere pericolosa); durante questo lungo intervallo nell'assenza delle manifestazioni ventricolari si vede continuare con la sua frequenza l'attività auricolare.

* * *

Il *flutter* auricolare è un disturbo che può presentarsi ad accessi o può persistere costante per mesi finchè si riesca ad interromperlo coi farmaci. Come abbiamo detto, esso può riuscire non eccessivamente molesto al paziente, specialmente se esiste un alto grado di blocco; ma altre volte, come nel nostro caso, esso si accompagna, se non al quadro completo, a molti sintomi di insufficienza cardiaca (affanno, cianosi, stasi epatica, stasi giugulare).

La prognosi è variabile ed è in rapporto con le condizioni del miocardio: un cuore che sia danneggiato per vizio valvolare o per alterazione del muscolo stesso sopporta male il «*surmenage*» a cui lo costringe il *flutter* quando una metà, per esempio, degli impulsi auricolari passino al ventricolo e quando non si riesca ad ottenere la produzione di un blocco di più alto grado. Abbiamo visto morire uno

dei nostri sei casi due giorni dopo il suo ingresso in ospedale. Si trattava di un soggetto anziano, senza reperto di vizi valvolari, che da pochi giorni era caduto in scompenso cardiaco non molto accentuato: la frequenza del battito ventricolare era di circa 150; la digitale e la strofantina endovenosa rimasero senza effetto.

Clinicamente la diagnosi può essere sospettata di fronte a una notevole accelerazione del battito cardiaco. Se il ritmo è spiccatamente irregolare le maggiori probabilità sono per una fibrillazione delle orecchiette. Se invece il ritmo è regolare o al massimo con qualche intermittenza, occorre pensare al *flutter* specialmente se il disturbo è continuo e dura da parecchio tempo. Più difficile è invece il caso se si tratta di parossismi, perchè potrebbe trattarsi di un attacco di tachicardia parossistica. Possono servire da criteri differenziali per quest'ultima: la frequenza maggiore del battito ventricolare (di solito 200 invece che 120-150); l'assenza assoluta di intermittenze (corrispondenti all'eventuale accentuarsi del blocco nel *flutter*); l'indipendenza della frequenza ventricolare dai nervi acceleratore e inibitore (cambiamento di posizione, esercizio, pressione del vago). Naturalmente la soluzione precisa del problema diagnostico si ha solo con la registrazione sia poligrafica che elettrocardiografica.

* * *

L'anatomia patologica del *flutter* è completamente oscura: come per molti disturbi del ritmo è probabile che si tratti di un'alterazione puramente funzionale, ovvero che le lesioni sfuggano ancora ai nostri mezzi di indagine. Egualmente poco o nulla possiamo dire sulla etiologia: si potrebbe andare a ricercare quali fossero i precedenti morbosi nei nostri casi e in quelli della letteratura, ma il trovare, come è di fatto il caso frequente, il reumatismo in casi in cui concomitava anche un vizio valvolare, non ci autorizza a far risalire il disturbo a quella causa.

Invece è oramai ben nota, per i lavori di Thomas Lewis e della sua scuola (7), la patogenesi del disturbo. Cercherò di riassumere, nel modo più breve e più chiaro possibile, le vedute del cardiologo inglese.

Il modo migliore per studiare l'essenza di una malattia è cercare di riprodurla nell'animale per poterne allora indagare a tutt'agio il determinismo. Il *flutter* sperimentale negli animali era noto prima della tachisistolia auricolare clinica: esso fu prodotto nel 1887 da Mc William (9) con debole faradizzazione dell'orecchietta di animali messa allo scoperto; Lewis (6) osservò lo stesso fatto dopo iniezioni intravenose di acido gliossilico; Hirschfelder (2) lo produsse con legatura delle coronarie; e osservazioni simili sono state fatte dopo il raffreddamento delle orecchiette e durante l'anestesia cloroformica. Nella lunga serie di esperimenti che lo hanno condotto alla teoria che più appresso riassumeremo, Lewis si è attenuto al primo metodo, cioè la faradizzazione debole delle orecchiette, cui segue (purtroppo non costantemente e di durata molto variabile), come effetto postumo, talvolta il *flutter*, talvolta la fibrillazione. Nei casi in cui è riuscito a produrre il fenomeno, Lewis lo ha studiato col metodo da lui già con successo seguito per molte altre ricerche, cioè dell'applicazione di piccoli elettrodi direttamente sulla parete auricolare. Il fenomeno elettrico che in tal modo si raccoglie è duplice: uno più accentuato, la così detta onda intrinseca dovuta al passaggio dell'onda di eccitazione immediatamente sotto gli elettrodi, l'altro, onda estrinseca, dovuta a fenomeni distanti. Qui ci interessa solo il primo, il quale ci indica dunque il momento esatto in cui l'onda di eccitazione passa nel punto esaminato. Se si applicano due coppie di elettrodi in due punti differenti e ogni coppia è connessa a una corda di un elettrocardiografo a due corde o a due elettrocardiografi che inscrivano contemporaneamente sulla stessa lastra, si comprende facilmente che si potrà sapere quale dei due punti in questione viene eccitato prima; e se una coppia viene tenuta fissa e l'altra successivamente spostata e si misura l'intervallo di tempo che nelle singole registrazioni esiste tra l'eccitazione del punto fisso e quella dei vari punti saggiati, si potrà determinare la successione con cui questi punti vengono eccitati: in altri termini si potrà seguire il percorso dell'onda di eccitazione.

Servendosi di questo metodo (in realtà alquanto più complesso di quanto io non abbia per semplicità schematizzato), Lewis è riuscito a determinare che nel *flutter* l'onda di eccitazione segue un percorso circolare ininterrotto presso a poco intorno all'imboccatura delle due vene cave. Di tale determinazione egli si è servito per convalidare la teoria del « movimento circolare » o dell'« onda rientrante » che, proposta da Mines e Garrey è stata dal cardiologo di Londra ampliata e corroborata dalla prova dei fatti. Accenniamola in breve.

Se si prende un anello di muscolo e in un

punto qualsiasi della circonferenza si applica uno stimolo, l'onda di eccitazione e susseguente contrazione si propagherà in ambedue le direzioni in due onde che andranno ad incontrarsi e ad estinguersi al punto opposto dell'anello. Ma se per una causa qualsiasi, il progredire dell'onda in un senso è impedito, l'onda che si è avviata in una direzione unica, arrivata al punto opposto a quello in cui fu applicato lo stimolo, non si arresterà, ma trovando del muscolo eccitabile continuerà il suo percorso sino a ritornare al punto di partenza. È noto che nel muscolo, alla contrazione segue un periodo refrattario: l'onda di eccitazione-contrazione suddetta sarà seguita da un'onda di refrattarietà che andrà man mano progredendo in un senso e retraendosi nell'altro. Se ora le condizioni sono tali, per lentezza di conduzione e per brevità di periodo refrattario che l'eccitazione-contrazione arrivata al punto di partenza trovi che il periodo refrattario da essa provocato nel primo passaggio sia scomparso e il muscolo sia di nuovo in stato di eccitabilità, l'onda seguirà ancora il suo cammino e ciò ininterrottamente, fino a che per variazione dei due fattori suddetti, conduzione e durata del periodo refrattario, le circostanze si alterino.

Tutto ciò non è una semplice ipotesi, ma è un fatto che si verifica in un anello di muscolo. Le ricerche accurate della scuola di Lewis, delle quali abbiamo indicato il metodo, hanno dimostrato che questo è quanto avviene nel *flutter* auricolare. Ma c'è di più. Lewis non solo ha potuto dimostrare che l'eccitazione si propaga nel modo suddetto, nel *flutter* provocato sperimentalmente nel cane, ma ha potuto constatare con studi ancora più complessi, ma non per questo meno esatti, dalle modificazioni dell'asse elettrico nei diversi successivi momenti della contrazione auricolare, che anche nell'uomo, nel *flutter* clinico, l'onda di eccitazione compie ininterrottamente questo percorso rientrante (8).

Per quale determinismo poi si stabilisca questo movimento circolare (che può durare mesi ed anni), il quale sopprime naturalmente l'attività assai più lenta del nodo del seno, ci è ancora ignoto (1).

(1) Accenniamo di passaggio che un simile movimento circolare, sebbene meno regolare, più sinuoso, è stato da Lewis dimostrato nel disordine affine al *flutter* e così comune, che è la fibrillazione auricolare. In base a tal modo di vedere l'A. inglese ha potuto dare una elegante e sufficiente spiegazione dell'effetto talvolta straordinario della chinidina sulla fibrillazione auricolare.

***

Straordinariamente interessante è il capitolo che riguarda la terapia del *flutter* auricolare e anche qui ritroviamo il nome di Thomas Lewis. Egli fu infatti il primo a dimostrare (4) in un malato di Mackenzie, che la digitale è in grado di far passare il *flutter* in fibrillazione; e, ciò che è più importante, il secondo disturbo spesso non è stabile, ma dopo breve tempo si trasforma in ritmo normale. Il fatto è stato poi constatato da numerosi autori; ed è accaduto nel nostro paziente, il quale dopo tre giorni di trattamento digitalico (un grammo in infuso al giorno somministrato in due ore) è passato alla fibrillazione (vedi fig. 4). Contemporaneamente il quadro clinico indicava un miglioramento con la scomparsa dei fatti polmonari, la scomparsa dell'albumina dall'urina e il miglioramento delle condizioni subiettive. Poichè però la fibrillazione dopo undici giorni non era ancora scomparsa, abbiamo somministrato la chinidina, la quale rapidamente (dopo due dosi di 40 centigrammi), indusse il ritmo normale; e il soggetto usciva dall'ospedale il giorno 18 gennaio in pieno benessere.

Ma otto giorni dopo l'infermo d'un tratto si sentiva di nuovo affannato e si ripresentava al nostro reparto: constatammo una recidiva del *flutter*. Anche la seconda volta la digitale produceva il suo benefico effetto: dopo due giorni di somministrazione digitalica il *flutter* passava a fibrillazione, la quale questa volta spontaneamente scompariva lasciando il posto al ritmo normale (cinque giorni dopo la sospensione della digitale) (vedi fig. 5).

È importante notare che anche quando non ottenga la guarigione, la digitale apporta un vantaggio notevole. Agendo col suo solito meccanismo di blocco (a cui si deve in gran parte il noto effetto benefico del farmaco negli scompensati fibrillatori) la digitale rallenta il ventricolo trasformando un blocco 2 : 1 in un blocco 3 : 1 e 4 : 1 (verificatosi transitoriamente nel nostro caso: vedi fig. 3; in tal modo essa dà riposo al cuore.

Non è il caso di entrare qui in discussione sul modo come la digitale riesca a trasformare il *flutter* in fibrillazione, tanto più che finora su ciò non si hanno che ipotesi. È probabile che l'azione del farmaco si eserciti attraverso il vago.

CONCLUSIONE.

Abbiamo descritto un caso tipico di *flutter* auricolare che ci ha permesso di illustrare brevemente la patologia di questo disturbo, il quale per la sua non grande infrequenza,

per la sua eventuale gravità, per la sua curabilità, è necessario sia tenuto presente e almeno sospettato onde procedere alle opportune ricerche e in ogni caso alla cura adeguata.

LETTERATURA.

1. HERTZ (A. F.) e GOODHART (G. W.). *The speed limit of the human heart.* Quart. Jo. of Medic., 1908-09, II, 213.
2. HIRSCHFELDER (A. D.). *Contributions to the study of auricular fibrillation, etc.* John Hopkins Hosp. Bull., 1908, XIX, 322.
3. JOLLY (W. A.) e RITCHIE (W. T.). *Auricular flutter and fibrillation.* Heart, 1910-11, II, 177.
4. LEWIS (Th.). *Observations upon disorders of the heart's action.* Heart, 1911-12, III, 279.
5. ID. *Observations upon a curious and not uncommon form of extreme acceleration of the auricle «auricular flutter».* Heart, 1912-13, IV, 171.
6. ID. *The mechanism and graphic registration of the heart beat.* London, Shaw, 1920, pag. 264.
7. LEWIS (Th.), FEIL (H. S.), STROUD (W. D.), COTTON (Th. F.), DRURY (A. N.), BULGER (H. A.), ILIESCU (C. C.). *Observations upon flutter and fibrillation.* Heart, 1920-21, VII e VIII.
8. LEWIS (Th.), DRURY (A. N.), ILIESCU (C. C.). *A demonstration of circus movement in clinical flutter of the auricles.* Heart, 1921, VIII, 341.
9. MC WILLIAM (J. A.). *Fibrillar contraction of the heart.* Jo. of Physiol., 1887, VIII, 296.
10. RIHL (J.). *Hochgradige Vorhoftachysystolie mit Überleitungsstörungen und elektives Vagusreizung.* Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Therapie, 1911, IX, 496.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI ORTONA A MARE.

Sulla rachiostovainizzazione.

Prof. LICINI dott. CESARE
direttore e chirurgo primario.

I pericoli della narcosi generale, con l'etere più ancora con il cloroformio, hanno spinto i chirurgi alla ricerca di nuovi anestetici meno pericolosi e di più facile uso; gli studi fatti a tal fine, fecero trovare le iniezioni di uso ipodermiche, per anestesia locale (Schleich, Koller, Bier) e generale (Kotff, Kionka, H. C. N., Maas). Si pensò pure alle iniezioni di anestetico nel nervo stesso, onde rendere insensibile la parte da esso innervato (Lennander). Di questi metodi nuovi non tutti sono entrati nel patrimonio chirurgico comune, perchè non sono immuni da pericoli ed alle volte hanno l'inconveniente che l'anestesia non dura quanto l'operazione. Uno dei mezzi che però resiste alla critica e che è entrato nell'uso è l'anestesia spinale. Nel 1891 Quincke per diminuire la pressione endorachidea, in certe malattie, pensò di sottrarre il liquido dallo speco vertebrale, mediante l'introduzione di una sottile ago-cannula, nella parte più bassa della colonna lombare. Conosciuta così questa via per cui si poteva penetrare facilmente ed impunemente nello speco vertebrale, venne in mente per primo a Corning di iniettarvi una sostanza anestetica per rendere insensibili i tronchi nervosi, alla loro uscita dal midollo spinale. Mossot dimostrò che l'applicazione di un anestetico sui nervi produceva una insensibilità temporanea di essi, però non si osservava nessuna modificazione o alterazione della struttura anatomica.

Bier tradusse in pratica tutte queste ricerche, e dimostrò come iniettando 1 cmc. di una soluzione di cocaina all'1 %, si poteva avere l'anestesia della parte inferiore del corpo umano, e, sotto l'azione dell'anestetico, si potevano eseguire delle operazioni chirurgiche. Si intrapresero altri studi per vedere quale era il posto migliore per praticare la iniezione, e quale medicamento era il più adatto allo scopo. Klien, con ricerche radiografiche, pur constatando una grande differenza tra persona e persona, potè stabilire che lo spazio tra il 3° e 4° arco vertebrale è quello che più si presta per la penetrazione dell'ago nello speco vertebrale. Gli studi di anatomia topografica della regione, eseguiti da Henle, dimostrarono che il midollo spinale, con il suo cono terminale, non si prolunga oltre il livello della prima verte-

bra lombare, e che tutto ciò che è al disotto di esso non è che coda equina, per cui bisogna mantenersi a questo livello, perchè più in alto si rischia di ferire il midollo, cosa non pericolosa in sè, ma che può dare una emianestesia, se non ci si mantiene più che medialmente. Ciò fece osservare lo stesso Bier, che tanta esperienza ha nel suo metodo. E mentre Kocher consiglia di mantenersi tra 2ª-3ª vertebra lombare, Bier e Donitz consigliano la 1ª-2ª, se si vuole farla più in alto. È consigliabile di fare l'iniezione medialmente, piuttosto che lateralmente, come per di solito si fa. Tuffier consiglia invece il 4°-5° spazio lombare; ma a qualunque altezza si pratica l'introduzione dell'ago, la sensazione della penetrazione nello speco vertebrale si ha quando si sente la perforazione del robusto ligamento, e la sicurezza di essere entro le meningi ci è data dalla fuoruscita di liquido limpido. Il midollo spinale non riempie completamente lo speco vertebrale, esso occupa solo una parte della cavità e sta come 3 sta a 5 (Testut); lo spazio residuo è occupato dal liquido cefalo-rachidiano, contenuto dalle meningi, all'esterno di queste si trova il plesso venoso e grasso. Tutti questi elementi di protezione del midollo, devono essere attraversati dall'ago, onde penetrare nello spazio sottoaracnoideo, dove deve essere immesso l'anestetico, che deve agire sui nervi. Il liquido in parola è sotto una certa pressione, che gli deriva dalla pressione intraarteriosa; questa pressione è varia a secondo gli individui, ed è calcolata a 40-125 mm. del manometro ad acqua. All'atto pratico si nota come alle volte il liquido esce a zampillo, alle volte a gocce, e, mentre alcuni chirurgi vorrebbero far defluire il liquido, prima di iniettare l'anestetico, altri invece sono contrari a ciò, e tutt'al più, vorrebbero far defluire tanto liquido quanta è la quantità di soluzione di anestetico da introdurre, per non turbare la pressione stessa. La comparsa perciò di certi disturbi che si verificano, come debolezza, ambascia, cefalea, pare debbano attribuirsi più allo squilibrio prodotto dalla sottrazione abbondante di liquido, che ad altro, data la rapidità con cui seguono alla iniezione; e pare che in quegli infermi a cui il liquido non viene sottratto, questi fenomeni non si avverano (Palma). Altre complicanze in seguito alla anestesia spinale sono: vomito, cefalea, collasso (Stumme), ottusità del sensorio, eccitamento, angoscia, affanno, frequenza del polso, midriasi, esagerata sensibilità delle estremità, febbre fino a 40° (Kocher). Questi disturbi più o meno gravi alle volte scompaiono presto, alle volte durano a lungo (fino a due mesi). Cushing riscontrò una influenza sfavorevole sul decorso delle ferite operatorie. Kocher, Dumont videro degli esiti letali, per meningite tubercolare in individui già predisposti a tale malattia. Però tutte queste complicanze gravi si notarono quando, più che la tecnica, non era perfezionata la sostanza adoperata come anestetico.

Schwarz, Neugebauer sostituirono la cocaina con la tropococaina. Però un perfezionamento maggiore si ebbe quando si scoprì la stovaina (Fourneau, Reclus, Tuffier, Czerny). Bier e Donitz combinarono la stovaina con l'adrenalina. Alcuni adoperano la puntura spinale da solo, altri la fanno precedere da una iniezione sottocutanea di morfina, o di caffeina e stricnina (Palma). Io ho operato 300 infermi con l'anestesia spinale per malattie degli arti inferiori, per ernie, malattie degli organi uro-genitali, per lesioni uterine, per appendicite, ecc., e mi sono servito dapprima della novocaina e della tropococaina, che in seguito ho abbandonate, non perchè avevo avuto complicanze, ma perchè alle volte l'anestesia era durata troppo poco tempo, per interventi un po' lunghi, e cominciai l'uso della stovaina, che in 250 casi non mi ha dato mai inconvenienti serii. Io uso le fialette composte di: stovaina 0.10, cloruro di sodio 0.20, acido lattico 0.05, in soluzione di 1 cmc. e che inietto tutta, senza precedente uso di altro medicinale. Pratico l'iniezione a livello della 1ª-2ª vertebra lombare, e non lascio defluire se non poche gocce di liquido rachideo. Se devo operare in alto, dò una graduale inclinazione all'infermo, fino a raggiungere la posizione del Trendelenburg.

Su questi 300 infermi solamente 2 volte non si ebbe alcuna anestesia, e si dovette ricorrere alla anestesia generale; questi due infermi non presentavano nulla di speciale: erano persone robuste, non avevano un carattere eccitabile, nè presentavano alcuna ragione che giustificasse la mancata azione dell'anestetico, e sopportarono senza alcun inconveniente l'anestesia generale con cloroformio. Gli altri infermi ebbero una perfetta anestesia, però alle volte essa durò poco tempo. Così in un infermo con ernia doppia, non potei compire nello stesso momento la seconda operazione, poichè la prima, che era una voluminosa ernia inguino-scrotale con molte aderenze, era durata circa 25 minuti, quando ricomparve la sensibilità, nè l'infermo volle assoggettarsi alla narcosi generale, per la seconda. In genere però l'anestesia dura da 1 ora e mezza a 2 ore, tempo sufficiente anche per lunghi interventi.

Inconvenienti gravi a me non sono capitati. Così non ho mai notato forti e persistenti cefalee, nè vomito, nè paresi degli arti inferiori o degli sfinteri, nè ipereccitabilità. Invece ho visto acceleramento del polso e elevazione termica (fino a 39°), che però scomparivano in 2ª-3ª giornata, e che comparivano poche ore dopo l'operazione, e perciò da mettere in dipendenza dell'anestetico iniettato per via rachidea. Le ferite operatorie guarivano bene e per prima, nè mai ho visto un perturbamento del loro decorso da attribuirsi al metodo di anestesia, come aveva pensato il Cushing. Il Palma consiglia, in seguito a sua personale esperienza, di praticare, succedendo incidenti respiratori e circolatori, la respirazione artificiale, e, in casi più gravi, iniezioni di caffeina per via spinale o per via endovenosa. A me simili incidenti gravi non mi sono capitati, perciò non ne ho esperienza; però se l'infermo dovesse avere senso di debolezza o di altro, uso fargli praticare delle iniezioni ipodermiche di caffeina o di olio canforato e con efficacia. Si è anche parlato da molti di retenzioni di urina, in seguito all'anestesia spinale. Io ho osservato alquanto spesso simile disturbo di minzione, tanto da dover ricorrere al cateterismo per vuotare la vescica. Ma questo disturbo in genere si verifica, come ho potuto vedere nei miei infermi, in operazioni nelle vicinanze delle vie urinarie (ernie, emorroidi, varicoceli, ecc.), e lo vediamo comparire non di rado anche usando la narcosi generale, per cui a me sembra che esso non sia tanto in dipendenza dell'azione dell'anestetico sui nervi sacrali, quanto un fenomeno riflesso. Sui miei 300 casi operati con anestesia spinale notai: 2 volte assenza dell'azione anestetica, meno quindi dell'1 % (il Palma dà il 2 %); 12 volte si osservò elevazione termica (fino a 39°); 22 volte ritenzione di urina (21 volte in operazione di ernia, 1 volta in idrocele).

La mia esperienza clinica sull'uso dell'anestesia spinale, per la quale il migliore per efficacia e per minori pericoli, si è dimostrata la stovaina, mi ha condotto a certe restrizioni dell'uso di essa.

Prescindendo dalle norme di tecnica, che devono essere usate in ogni caso, io ritengo, sulla mia esperienza, che l'anestesia spinale non debba essere adoperata per tutti gl'infermi, per ciò che riguarda l'età e le malattie. Io l'uso negli infermi al disopra dei 15 anni e nelle persone robuste anche in età inoltrata. Le malattie croniche e le forme di esaurimento organico dovute alle malattie chirurgiche, per le quali l'infermo si sottopone all'operazione, non sono una controindicazione all'uso di tale anestesia. Escludo in modo assoluto tutti quegli infermi che presentano lesioni tubercolari, sia che il processo specifico si mantenga generale o che abbia date delle localizzazioni. Così pure escludo quelle persone di carattere eretistico o comunque di abito nevropatico.

L'anestesia spinale, come tutte le anestesie, trova il suo giusto uso nella scelta del soggetto adatto, e riconosciuto per tale, nei limiti delle nostre indagini. Nella mia dimora, quale assistente presso il prof. Kocher (che usava di preferenza l'etere preceduto dal brometile) ed in quella presso il prof. Novaro (che usava il cloroformio preceduto dalla morfina), come nella mia pratica ospedaliera in cui adopero, quando occorre, l'anestesia generale morfo-cloroformica, o eterea, io ho visto ed applicato, lo studio dell'infermo, per cui non cloroformizzo un individuo con lesioni renali o epatiche, ecc., nè eterizzo un infermo con lesioni bronco-polmonari, nè assoggetto alla narcosi generale un individuo che prima non sia stato ad essa preparato, nel senso di purgarlo bene e di tenerlo a stomaco vuoto, magari con lo svuotamento dello stomaco con la sonda, se non vi è tempo necessario, all'atto dell'operazione. Riferisco ciò perchè si fa strada sempre più una certa avversità agli anestetici, di cui si ha una certa paura nell'adoperarli, per gli incidenti che possono causare ed in genere da attribuirsi al mancato accertamento delle controindicazioni e all'affidarlo a mani inesperte (*Cont. alla narc. clor.*, Licini, R. Acc. Med., Genova, a. IV). Io uso l'anestesia cloroformica o eterea o spinale, a secondo gli individui e le indicazioni, e mi sono trovato sempre bene. Come statistiche di mortalità si ha: 1 caso su 2073 infermi cloroformizzati; 1 su 5112 eterizzati; 1 su 500 con anestesia lombare. Questi casi di morte sono da attribuirsi, pare, all'anestetico, e non a cause che controindicavano clinicamente il genere di anestesia. L'anestesia lombare è però sempre un mezzo infido, perchè bisogna sempre avere a disposizione un narcotizzatore, nel caso imprevedibile che la sua azione venisse a mancare del tutto o nel caso che si interrompesse durante l'operazione, mentre all'anestesia con cloroformio od etere, nessuno si sottrae, e la narcosi può essere protratta per quando è necessario. A ciò bisogna aggiungere che passata, dopo l'operazione, l'azione dell'anestetico, gli infermi hanno il dolore della ferita operatoria, per cui bisogna spesso

ricorrere alla morfina. Gli anestetici generali invece, lasciando una specie di insensibilità postoperatoria, che dura a lungo, e quando è passata, l'infermo non avverte quasi più il dolore della ferita.

In base alla mia esperienza, ritengo che la anestesia spinale è un allettevole mezzo di anestesia, e che dei medicinali fin ora adoperati, quello che dà migliori risultati e minori inconvenienti è la stovaina, e che certamente nella modifica e nella ricerca di mezzi più efficaci e meno tossici, sta il consolidamento dell'uso di questo metodo. Ma anche questo sistema di anestesia deve essere adoperato con discernimento, come tutti gli altri anestetici, perchè, molto probabilmente, è nello studio degli infermi, che si possono evitare molti degli incidenti che si verificano, poichè certamente non tutti gli organismi, nè tutte le malattie si comportano egualmente all'azione di un dato medicinale.

MEDICINA SOCIALE.

Per una più coordinata lotta contro la Tubercolosi.

Dott. DANTE POLLARA (Trapani).

L'enorme mortalità di cui è responsabile la tubercolosi per la sua spaventosa estensione, i disastri morali ed economici che ne derivano nel campo privato e pubblico, han posto dinanzi al Governo la gravità del pericolo tubercolare. Di fronte all'indole eminentemente sociale della malattia, piuttosto che con coordinati provvedimenti legislativi il Governo però ha cercato finora di incoraggiare, con aiuti finanziari, solo le istituzioni e le opere antitubercolari, affidate alla pubblica carità e alla beneficenza cittadina. Ma nessun obbligo vien fatto ai Comuni e alle Provincie, e tutto si limita a vive raccomandazioni alle Prefetture da estendersi ai Comitati Antitubercolari Provinciali. Sono utili queste raccomandazioni per quelle Provincie dove coscienziosamente e regolarmente funzionano tali Comitati; ma lasciano il tempo che trovano dove essi esistono solo di nome!

Comunque ritengo ormai che il problema della lotta antitubercolare sia entrato nella coscienza non solo del pubblico medico, ma anche dei non medici, essendo il problema di pertinenza di tutti i cittadini e del Governo, in quanto la lotta contro la tubercolosi non ha solo un compito umanitario, ma anche quello sociale.

È necessario però la coordinazione dei metodi di lotta e la obbligatorietà di certi mezzi.

Ormai è risaputo che per una proficua lotta antitubercolare occorrono mezzi finanziari ingenti; or se le organizzazioni che sorgono con fini antitubercolari non nascono sin da principio ben dirette e coordinate, vedremo fallire i nobili tentativi senza che avessero apportato la benchè minima utilità alla società.

Il prof. E. Levi, fondatore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, nel recente convegno Antitubercolare di Roma, disse che la lotta antitubercolare si basa non su un determinato congegno, ma sull'azione perfettamente armonica di una catena di congegni, e preconizzò la costituzione di una salda e potente *Associazione Antitubercolare Italiana*, riservando sempre la missione coordinatrice alla Direzione di Sanità.

Mentre questo avveniva a Roma, a Venezia il 9 aprile 1922, si costituiva «*L'Unione Veneta di Medicina sociale*» eretta in Ente morale con Decreto Reale; nuova associazione che sorge con vasto programma, fra cui precipuo scopo la lotta antitubercolare. In alcune Provincie iniziano il loro funzionamento i Consorzi Provinciali antitubercolari, in altre c'è già il lavoro preparatorio per la costituzione di questi.

Tutto ciò dimostra che ormai il problema tubercolare preoccupa e giustamente tutta la Nazione, e dovunque è risentito il bisogno di promuovere una lotta attiva contro questo gran flagello dell'umanità.

Siamo però sempre al periodo delle iniziative locali e senza alcuna coordinazione fra loro.

Or se si pensa al vasto programma che ciascuna Associazione si propone, e alle grandissime difficoltà che incontra per la sua attuazione, principalmente per l'insufficienza di mezzi finanziari, si deve convenire che finora i denari spesi rimangono infruttuosi. E bisogna ovviare all'inconveniente che altri denari vengano spesi per una lotta incoordinata, che non potrà mai dare i necessari frutti.

Di grande utilità potrà essere la Associazione Antitubercolare Italiana proposta dal prof. Levi; ma perchè questa possa assolvere il grandioso compito cui mira la mente illuminata e il fervente apostolato del prof. Levi, occorre che l'auspicata riunione delle forze sia ben sorretta da un piano finanziario generale col concorso di tutti i cittadini (sottoponendoli ad una tassa, anche minima, comunale e provinciale) e direttamente dello Stato.

È una delle più importanti lotte che dovrà affrontare l'umanità e quindi bisogna intervenire con mezzi finanziari adeguati alla gravità della minaccia, che insidia sempre più da vi-

cino tutti i cittadini e principalmente i giovani e gli adulti nell'età più produttiva.

E questa lotta per dare i voluti benefici, dovrà esser condotta con unico indirizzo e imporsi dovunque col fermo convincimento di una grande vittoria, la più grande cui possa aspirare il genere umano.

Bisogna che le forze, finora impiegate o da impiegarsi nella lotta antitubercolare, siano riunite e coordinate, guidate da unico criterio direttivo, in modo che l'associazione, o meglio l'Istituto abbia un'organizzazione con autorità morale e forza economica tali da potersi dedicare senza difficoltà alla grandiosa lotta per la rigenerazione umana. In Francia, in Germania, in Inghilterra, nell'America del Nord esistono e funzionano già tali grandi associazioni e se ne raccolgono magnifici frutti.

Unico indirizzo, dunque, che dovrà essere studiato e coordinato dalla Direzione di Sanità.

Finora la Direzione di Sanità non ha potuto dare alla lotta antitubercolare quell'impulso fecondo di risultati da tutti ormai reclamato, perchè le son mancati i pieni poteri e la sua opera si è limitata a seguire le associazioni antitubercolari delle varie regioni sulla via da ciascuno di loro tracciata. È perciò che assistiamo al fatto che mentre in alcune regioni — che sono classificate e chiamate più evolute — si fanno mirabili sforzi per portare la lotta antitubercolare nel campo pratico; in altre si rimane nella più completa indifferenza, attendendo forse provvidenze legislative di più larghe facilitazioni specialmente finanziarie.

Sia che si addivenga alla costituzione dell'auspicato Ministero di Sanità Previdenza ed Assistenza Sociale — con l'augurio però che esso non abbia a subire le fasi e le trasformazioni continue della politica ed in cui quindi l'elemento politico venga a sovrapporsi all'elemento tecnico con grave danno e della classe medica e delle quistioni sanitarie che da tempo si agitano nel nostro Paese — sia che l'attuale Direzione di Sanità, raccogliendo alla sua dipendenza le varie attività sparse in tutti i Ministeri, senza troppo complicare i suoi congegni, assurga ad una funzione più importante con poteri più larghi, dovrà sempre essere la Direzione di Sanità a dare le direttive per la lotta antitubercolare. Questa deve essere intesa come funzione precipuamente statale, a cui concorrano le Provincie, i Comuni e tutti i cittadini.

E la Direzione di Sanità, dunque, conscia del grande compito — accogliendo ed armonizzando meglio le proposte pratiche che possono venirle dalle istituzioni antitubercolari attualmente esistenti — crei l'organo e trovi i mezzi per un'opera di unitaria ed organica lotta nazionale. Quando la lotta sarà coordinata sotto unico indirizzo, ogni Regione, ogni Provincia, ogni Città diano ed intensifichino il contributo di scienza, di mezzi, di opera nella grande lotta civile.

È alta missione, in cui potrà sempre meglio foggiarsi la coscienza e la educazione igienica del popolo nostro. Nella gara civile fra i popoli sia una nuova vittoria di Italia, l'inizio di una forte e bene coordinata lotta contro un male che minaccia continuamente ed insidiosamente la umanità.

Novembre 1922.

STORIA DELLA MEDICINA.

A proposito della genesi della sifilide e della sua invasione in Italia.

Nota del prof. D. BARDUZZI, emerito della Regia Università di Siena.

Il dott. I. Roshen ha preso di nuovo in esame la dottrina sui contagi di Fracastoro esposta, sia nel suo ben noto trattato didascalico: *De Morbo gallico*, e sopratutto nell'altra sua opera di pregio anche maggiore: *De contagionibus et de contagiosis*.

Mentre il Roshen deve riconoscere i grandi meriti dell'insigne medico Veronese del secolo XVI, da essere stato giudicato un precursore delle dottrine Pasturiane; non illustra a sufficienza, per nostro modesto giudizio, quanto si riferisce alla vera genesi della sifilide, contentandosi di ripetere che Fracastoro invocò l'influenza degli astri nella comparsa del *mal francese*, derivante, a suo dire, da vapori pestilenziali, corrosivi, *contenenti organismi infinitamente piccoli*.

Il Fracastoro, trascinato infatti dalle congetture mediche del tempo suo sulla strage nuova e terribile della sifilide alla fine del secolo XV in Europa, e specialmente in Italia, non si peritò di scrivere « se volete conoscere le origini e le cause del flagello volgete lo sguardo verso gli spazii eterei, dimora degli immortali, per indagare la posizione degli astri ed i presagi che favoriscono quindi il malanno che fece la sua apparizione ».

Altri medici di quei tempi pensarono invece che fosse di origine remota e che ne venissero colpiti anche gli antichi romani.

Se l'una e l'altra supposizione sono del pari contrarie al vero, ciò non toglie che Fracastoro non intravedesse per il primo, specie

nell'Opera dei contagii, l'esistenza di elementi impercettibili vettori dei contagii.

Ma ciò che merita di essere oggi chiaramente fissato non è tanto la contagiosità della sifilide per mezzo di un elemento patogeno fisso, già noto, quanto di stabilire meglio l'origine di essa fra noi.

Infatti non ha fondamento la genesi da antico della lue in Europa; anzi ci appare strano che sianvi ancora storici medici e sifilografi che ammettono questa ipotesi senza alcun documento dimostrativo.

Invero non puossi riconoscere alcun valore alle affermazioni di coloro, che dalla interpretazione di qualche passo oscuro e vago di antichi autori classici hanno voluto intravedere la conferma della esistenza già nella Roma antica del morbo innominato.

Giova ricordare che codesta ipotesi immaginaria venne messa innanzi soltanto da taluni dei medici che disorientati dalla violenta epidemia della fine del secolo XV non riuscirono a svelarne la genesi vera.

Basta del resto riflettere che le presunte descrizioni sifilitiche degli scrittori classici antichi non hanno alcuno dei caratteri clinici ed anatomo-patologici propizi alle manifestazioni sifilitiche.

Del resto appare chiaro che queste sono state confuse dagli interpreti dei classici antichi e dai loro seguaci moderni con forme del processo blenorragico o di quello elcologico specie negli organi genitali, di facile trasmissione e soggetti a frequenti e gravi complicanze anche per effetto delle grandi depravazioni e dei facili pervertimenti sessuali in tutte le classi diffusi.

Se la sifilide avesse dominato realmente nella Roma antica, non solo non sarebbero passate inosservate le profonde e gravi devastazioni, immancabili agli stessi scrittori satirici, ma avrebbero propagato il contagio su vasta scala ed anche epidemie, come pure la malattia sarebbe stata cagione di grande mortalità infantile, e di gravi degenerazioni nella razza, che non venivano in alcuna guisa segnalate.

Non è nostro intendimento di fermarci a fare un esame critico sul poco o niun valore che presentano a nostro avviso anche i documenti medicinali posti ora innanzi per confermare l'ipotesi della origine antica della sifilide, od almeno anteriore alla grande epidemia del 1493. Soltanto crediamo di essere nel vero affermando che la sifilide non si può ritenere di origine antica nell'Europa, e che si deve invece ammettere che vi sia stata importata nel periodo indicato, sulla fine del secolo XV. È infatti comprovato che vi penetrò allora per la prima volta, e che vi assunse presto forma epidemica violenta, in conseguenza dei costumi poco castigati e specie per la presenza nel Reame di Napoli di varii eserciti, di soldatesche, e sopratutto delle truppe di Carlo VIII calate in Italia per l'assedio di Napoli, e che rimasero infette dal morbo importato dalle truppe portoghesi e spagnole, che ne erano state infette in conseguenza della importazione del morbo stesso in Portogallo e quindi nella Spagna per opera della ciurma delle Caravelle di Colombo, reduci dal primo o dal secondo viaggio dall'America.

Molti sono infatti i documenti, le coincidenze, le attestazioni che ci fanno oggi ritenere con sempre maggiore certezza l'origine moderna in Europa della sifilide e l'invasione in Italia nel 1493 dall'America.

La polemica stessa del Dewing nel 1819 contro il Bloch, che sostenne essere stati i marinai di Colombo gli importatori, non ha certo portata alcuna seria dimostrazione contraria.

Del resto oggi è ormai provato che la sifilide aveva avuto un focolaio antico e che era esistita anche più anticamente nell'interno dell'Africa, a Giava, nelle isole Molucche.

Siamo pertanto d'avviso senza entrare qui in particolari dimostrativi che sarebbe oramai tempo che venisse decisamente risoluta la controversia sulla invasione recente della sifilide in Europa, e sulla sua diffusione dall'America.

È un problema che è stato finora tenuto dalla grande maggioranza dei sifilografi e dagli storici di epidemiologia, mentre è necessario che anche per la dignità dell'insegnamento sia decisamente, senza alcuna dubbiezza, deciso.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Importanza dell'endocrinologia nella soluzione dei maggiori problemi della medicina.

(C. SAJOUS. *Am. Journ. of med. Scienc.*, novembre 1922).

Le pure indagini dei fisiologi nel campo dell'endocrinologia sono rimaste lungamente sterili per la clinica; tenendo insieme conto dell'osservazione clinica si è potuto intuire qualcosa di più sebbene ancora non molto.

Secondo l'A. questo campo, studiato con adatti metodi, potrebbe portare a notevoli progressi della medicina.

Egli sostiene che l'adrenalina ha grande importanza per gli scambi respiratori, sia polmonari, che dei vari tessuti. L'adrenalina dilata i bronchioli; è inoltre capace di convertire il sangue venoso in arterioso per semplice esposizione all'aria. Con la semplice diffusione non si spiegherebbe come negli animali uccisi per strangolamento non si trovi più ossigeno nei bronchi. L'adrenalina aumenta il metabolismo e fa crescere la temperatura, anche a lievi dosi. Così i tumori maligni surrenali, qualunque ne sia la struttura, hanno un decorso febbrile indipendentemente da ogni complicazione. L'adrenalina è stata dimostrata nel sangue, ed anche nelle emazie (Mulon, Battelli).

L'aumento di temperatura deve ritenersi, secondo le recenti vedute, una difesa contro le infezioni e le intossicazioni. Rolly, Wetzer, Loewy, Rickter e a., hanno veduto che animali tenuti in termostato sopportano dosi maggiori di tossine e di batteri dei testimoni tenuti a temperatura ordinaria. Oltre le surrenali anche la tiroide contribuisce all'aumento della temperatura, accelerando specialmente il metabolismo dei grassi e delle nucleine. La regolazione della temperatura sembra avvenga con l'intermedio dei centri nervosi, poichè la distruzione della regione subtalamica rende pecilotermi gli animali a sangue caldo.

L'A. pensa che possano così venire interrotte delle vie nervose che dall'ipofisi vanno alle surrenali e alla tiroide.

La febbre favorisce l'azione degli enzimi del sangue e dei tessuti, enzimi in massima parte triptici, protettivi contro tossine, batteri, ed altre sostanze estranee. Se però aumenta oltre un dato limite, circa 41°, facilmente provoca pericolosi fenomeni di autolisi, cominciando dalle strutture in immediato rapporto col sangue, endoteli, sierose, emazie (emolisi), ecc. Secondo l'A. potrebbero così spiegarsi anche delle lesioni valvolari, nonchè le ulcerazioni intestinali della febbre tifoide, i focolai di necrosi nelle malattie pancreatiche, i focolai cerebrospinali di sclerosi in varie malattie, ecc. Naturalmente se la quantità di fermenti in circolo o nei vari tessuti è cresciuta, ciò che si attribuisce a stimoli endocrini, non occorre una forte ipertermia per l'autolisi.

Durante l'anestesia cloroformica o eterea, che già stimolavano le surrenali, non si deve iniettare preventivamente adrenalina, altrimenti il forte aumento di pressione potrebbe provocare una sincope. Nelle sincopi precoci gioverebbe il nitrito di amile. L'adrenalina è invece utile nelle sincopi tardive, alle quali può contribuire una insufficiente funzione delle surrenali da eccesso di stimolo.

Non di rado i vecchi muoiono per una rapida o lenta diminuzione di attività delle surrenali. Secondo l'A. ciò provocherebbe ipósistolia, e le polmoniti terminali sarebbero secondarie a questa. In simile modo potrebbero agire le infezioni acute, anche nei giovani.

Parecchi medicamenti agirebbero anche stimolando le surrenali: così la stricnina, la digitale, l'alcool, la caffeina, la nicotina, ecc., ma bisogna tener conto della dose e delle altre azioni di ciascuno. È quindi utile non aumentarne troppo la dose, ma associare ad essi, nei casi opportuni, le ipodermoclisi adrenalinizzate.

Secondo C. Salleby tutte le forme di termoterapia, locale e generale, e l'elioterapia, agirebbero accelerando l'azione dei fermenti dei tessuti.

D'altra parte gli antipiretici chimici non di rado sono dannosi, perchè diminuendo la dispersione del calore all'esterno provocano una ipertermia degli organi interni che ne favorisce l'autolisi. Essa è invece ridotta dai bagni freddi, nonchè dalla somministrazione di alcalini e di soluzione fisiologica (ipodermoclisi, rettoclisi).

Molti medicamenti agiscono in massima parte stimolando o inibendo alcune secrezioni interne, direttamente, o indirettamente col modificare l'afflusso sanguigno delle rispettive ghiandole (es. idrobromato di chinino ed ergotina nel gozzo esoftalmico, arsenico, che inibisce tiroide e surrenali, ecc.).

DORIA.

Alcune forme di controllo delle secrezioni interne.

(W. B. CANNON, M. D. *The Journal of the American Med. Association*, 8 luglio 1922).

Siamo tuttora lontani dal conoscere i meccanismi con i quali si esercitano i controlli regolatori delle ghiandole endocrine. La grande influenza che queste esercitano sopra importanti processi fisiologici rende tuttavia necessario lo studio di tutti quei fattori capaci verosimilmente nell'un modo o nell'altro di modificare le loro attività.

L'A. descrive un controllo nervoso e un controllo umorale. Le prove del primo sono rappresentate dagli effetti che si ottengono sulle capsule surrenali, sul fegato e sulla tiroide dietro azione di determinati stimoli nervosi. Così l'eccitamento dei nervi splancnici provoca una scarica di adrenalina nel torrente circolatorio in quantità tale da influenzare altri organi: la stessa stimolazione libera zucchero dal fegato. Smith e l'A. poterono recentemente dimostrare che l'eccitamento del simpatico cervicale stimola la secrezione della ghiandola tiroide. Parimente, conoscendosi che il dolore, l'asfissia e le violente emozioni agiscono eccitando il sistema simpatico, è stato osservato che tali condizioni possono influenzare notevolmente, aumentandone l'attività, le capsule surrenali, il fegato e la tiroide. È un'altra ghiandola suscettibile di sottostare a eccitazioni di origine nervosa è il lobo posteriore della pituitaria. A tal riguardo alcuni AA. americani hanno riferito che la stimolazione del ganglio simpatico cervicale superiore provoca glicosuria e che tale fenomeno manca qualora siano stati in precedenza asportati il lobo posteriore della pituitaria o resecati i nervi splancnici. In accordo con questi risultati altri hanno dimostrato che la stessa stimolazione del ganglio cervicale produce, oltre alla glicosuria, diuresi uguale a quella prodotta dalla somministrazione dell'estratto pituitario. Per il pancreas invece mancano prove della dipendenza della sua funzione endocrina dal sistema simpatico, sebbene taluni abbiano osservato che la stimolazione delle fibre del vago, al disotto dei rami cardiaci, dia come risultato una riduzione del contenuto di zucchero del sangue.

Del resto il controllo nervoso delle ghiandole a secrezione interna porta seco l'idea che esse, come altri organi governati dai nervi, abbiano le loro attività adottate ai varii bisogni dell'organismo nei differenti momenti. L'apparato nervoso potrà normalmente avere un'azione tonica, mentre, nei momenti di bisogno, esplicherà speciali funzioni capaci di produrre una rapida mobilizzazione delle forze del corpo, comprese le secrezioni interne, allo scopo di mantenere il benessere dell'organismo.

Quanto al controllo umorale, noi abbiamo fondate ragioni di credere nella sua esistenza osservando fra l'altro le modificazioni cui possono andare incontro, in determinati periodi, alcuni organi a secrezione interna sprovvisti di fibre nervose o assai scarsamente innervati. Per essi evidentemente la corrente sanguigna rappresenta la sola via per la quale si effettuano gli scambi con le altre parti dell'organismo. Ma forse le migliori prove di questa forma di controllo sono fornite dalla dimostrazione degli stessi rapporti reciproci tra ghiandole endocrine, nello studio dei quali, trovandoci però di fronte a un vero groviglio di possibilità, di contradizioni e d'incertezze, sarà più chiaro considerare brevemente l'influenza reciproca di varie ghiandole sopra una funzione comune. A tale scopo l'A. richiama l'attenzione sugli effetti delle funzioni endocrine sopra l'accrescimento, la riproduzione e il metabolismo.

I rapporti tra eccessivo accrescimento scheletrico, come nel gigantismo e nell'acromegalia, e iperplasia del lobo anteriore della pituitaria sono oggi fuori di dubbio. Eccessivo accrescimento scheletrico s'associa anche con la castrazione precoce.

D'altro lato numerosi studi clinici e sperimentali indicano la deficienza pituitaria precoce quale causa di manchevole sviluppo osseo. Una terza ghiandola la cui funzione è essenziale nell'accrescimento è la tiroide: negli individui in cui essa manca la statura è deficiente. Sonvi così tre organi endocrini la cui influenza si esplica per il raggiungimento della statura normale. In mancanza di ulteriori dimostrazioni, si dovrebbe dedurre che la tiroide e la pituitaria agiscano insieme nel medesimo senso, mentre alle gonadi spetterebbe una funzione inibitoria di controllo.

La riproduzione è connessa naturalmente con le gonadi, ma anche con la pituitaria e con la tiroide. Se l'animale ancor giovane viene privato dell'ipofisi o della tiroide, gli organi genitali si sviluppano lentamente. D'altro lato l'iperplasia della pituitaria e della corteccia surrenale si associa in qualche modo nel giovane con maturità e attività sessuali precoci. Tiroide e corteccia surrenale s'ingrossano durante la gravidanza. In tal modo la tiroide, l'ipofisi e la corteccia surrenale rap-

presenterebbero fattori essenziali per il normale stabilirsi della funzione riproduttiva.

Infine, quanto agli effetti sul metabolismo, è noto come pancreas, capsule surrenali, fegato tiroide e pituitaria agiscano sul ricambio degli idrati di carbonio. Asportando il pancreas si produce diabete, stimolando il fegato o iniettando adrenalina si aumenta lo zucchero nel sangue e asportando la tiroide e la pituitaria si eleva il limite di assimilazione dello zucchero. Il diabete si associa occasionalmente con l'acromegalia e con il gozzo esoftalmico. In tal modo è probabile che le cinque ghiandole ora menzionate cooperino tra loro o formino una combinazione stabile di opposte influenze. Ad ogni modo il meccanismo di azione di questi organi sul metabolismo rimane tuttora lungi dall'essere dimostrato.

M. AGOSTINI.

Sui rapporti tra l'osteopsatirosi idiopatica e il sistema endocrino.

(R. MEISSNER. *Med. Klin.*, n. 44, 1922).

L'abnorme fragilità delle ossa può essere lo esponente di lesioni scheletriche locali (tumori, echinococco) o generali (rachitismo, osteomalacia, lues, stati atrofici nella vecchiaia o dopo gravi cachessie) oppure può accompagnare malattie del sistema nervoso (tabe, siringomielia). Di fronte a questi casi stanno quelli così detti idiopatici, in cui la fragilità ossea non è un sintomo di altre malattie, e determina, in seguito a traumi lievi, fratture, o già endouterine, oppure nei primi anni di vita. Spesso la malattia si osserva in bambini che hanno delle sclere bleu e odono male. L'osteopsatirosi idiopatica è stata messa in rapporto, da alcuni autori, con alterazioni infiammatorie, da altri, con malattie del sistema nervoso, con anomalie endocrine, con anomalie costituzionali, ecc.

L'autore riferisce due casi di osteopsatirosi idiopatica nei quali esistevano indubbie lesioni del sistema endocrino. Nel 1° caso (bambina di 9 anni, con sclere bleu e calli ossei multipli) esistevano una pubertà precoce (emorragie vaginali già nei primi anni di vita, sviluppo precoce delle mammelle, sviluppo di peli al pube e alle ascelle, genitali interni corrispondenti ad un'età di 15 anni), pigmentazioni diffuse al collo, al petto, ai capezzoli, e al dorso, e un'iposensibilità all'adrenalina. La pubertà precoce, che sicuramente non dipendeva da un tumore dell'ipofisi (decorso favorevole, assenza dei sintomi di un tumore intracranico) nè da un tumore ovarico, era probabilmente in rapporto con una lesione della corticale delle surrenali.

Nel 2° caso (bambina di 17 anni, con struma evidente, sclere bluastre, calli ossei multipli) esisteva oltre all'osteopsatirosi uno sviluppo precoce ed abnorme di caratteri sessuali secondari: viso adulto, di tipo mascolino, con baffi evidenti; ossificazione precoce delle cartilagini epifisarie. Intensa reazione, tanto all'adrenalina quanto a farmaci autonomotropici.

POLLITZER.

Sindrome di Fröhlich nei tumori soprapituitari.

Il 70 per cento di tali tumori si associa a sindrome di Fröhlich. C. Armstrong (Brain, giugno 1922) ne riferisce tre casi; uno in un bambino di 10 anni, uno in una donna di 35, il terzo in una donna di 18. Nei primi due casi si trattava di ependimoma, costituito da nidi di tessuto epiteliale che pareva sorgesse dal recesso infundibolare, i quali circondavano spazi cistici pieni di sierosità, o di sostanza fibrinosa, o di depositi calcarei, e da glia; nel terzo si trattava di una cisti a struttura esclusivamente fibrosa, piena di un liquido brunastro e di cristalli di colesterina.

Ependimomi in questa sede sono stati descritti spesso: essi prendevano talvolta origine dal terzo ventricolo o dai plessi coroidei. Fu pure descritta una cisti dermoide atipica (Mott e Barratt). Talvolta in questi tumori fu trovato osso, di solito per inclusione di frammenti della pelle turcica corrosa.

Erdheim descrisse sette casi di tumore ipofisario derivato da resti del dotto cranio faringeo: egli trovò persistenti questi resti in dieci feti su tredici esaminati. Questi tumori sono talvolta solidi, ma generalmente cistici, contenenti liquido sieroso e colesterina; essi appaiono costituiti da epitelio simile a quello della mucosa boccale. In un caso di Jarnell anzi si trattava di epitelio simile a quello dell'organo dello smalto, talchè il tumore, oltrechè colesteatoma, poteva anche chiamarsi adamantinoma. L'origine della cisti del terzo caso è oscura, poichè manca l'epitelio.

Altri tipi descritti di tumore pituitario sono il teratoma, il colesteatoma tipico, il mixocondrosarcoma.

I tumori della regione soprapituitaria presentano una sindrome abbastanza costante. I sintomi di localizzazione più importanti sono quelli dovuti all'interessamento del chiasma e dei tratti ottici, che consistono di solito in

un'emianopsia bitemporale e più tardi in una cecità completa se il tumore non è parzialmente rimosso da un intervento. L'aumento della pressione intracranica può divenire notevole per l'impedito deflusso del liquor dal terzo ventricolo. I sintomi generali di solito si approssimano molto alla sindrome di Fröhlich (distrofia adiposo-genitale). V'è adiposità, e la distribuzione del grasso sulle anche, sul petto, sull'addome, sul pube, è a tipo femminile. I caratteri sessuali secondari non si sviluppano se il paziente è impubere, o si perdono in parte, se è adulto. Quindi, nel primo caso, gli organi genitali restano infantili, il pube e le ascelle rimangono quasi sprovvisti di peli, e le mestruazioni non si stabiliscono. Precoci sintomi negli adulti sono la cessazione delle mestruazioni, e, negli uomini, l'impotenza. Vi è non di rado un regresso dei genitali e del sistema pilifero del corpo allo stato preadolescente. La barba e i baffi divengono sottili, e la necessità di raderli si fa più rara. I capelli non sembrano affetti. La pelle diviene sottile, liscia, e delicata. Spesso vi è un aumento della tolleranza dei carboidrati; talvolta si osserva il diabete insipido. Può anche esservi ipotensione, accessi epilettiformi, debolezza mentale.

Tutti questi sintomi sono stati attribuiti ad ipopituitarismo, e gli esperimenti (sui cani (Cushing) confermerebbero tale veduta: la sindrome sarebbe in rapporto specialmente con la distruzione del lobo posteriore.

Riguardo alla poliuria, dai dati clinici e anatomopatologici (Newmark) essa risulterebbe in rapporto con una lesione della parte rebbe in rapporto con una lesione della parte nervosa dell'ipofisi: ma va ricordato che la somministrazione orale del lobo posteriore negli animali produce diuresi. Per la patogenesi della distrofia adiposo-genitale si può anche supporre che il tumore ostacoli il normale versamento della secrezione del lobo posteriore dell'ipofisi nel terzo ventricolo. D'altra parte Erdheim crede che possa essere cagionata da interessamento di alcuni centri della base del cervello, indipendentemente della secrezione ipofisaria.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. GAIFAMI. *Prontuario di Terapia Ostetrica.* Vademecum del Medico pratico. Prefazione del prof. sen. Ernesto Pestalozza. Un volume tascabile, con 78 figure intercalate nel testo, rilegato in tela. Prezzo L. 18. Editore Luigi Pozzi, Roma, 1923.

Questo volume, che attesta l'alacre attività editoriale della casa Pozzi, non potrebbe essere meglio presentato che dalla prefazione lucida ed efficace, scritta per esso dall'illustre sen. Pestalozza.

« L'esercizio pratico della ostetrica mette spesso il medico di fronte alla necessità di rapide decisioni e di sollecita attuazione di interventi, dai quali dipende la vita della partoriente e della creatura che essa porta in seno. Forse nessuna altra branca della medicina chiama a cimento il senso di responsabilità del medico quanto l'ostetricia. Salvo pochissimi casi, lo stesso chirurgo generale ha un margine di tempo tra la proposta del problema terapeutico e la sua risoluzione. Il caso ostetrico che sorprende spesso il medico d'improvviso, magari nel cuore della notte, impone un problema che deve essere quasi sempre risoluto immediatamente, anche nelle condizioni meno favorevoli di ambiente. Chi ha passato la sua vita nelle sale ostetriche ed è agguerrito dalla esperienza sa conservare in questi casi tutta la calma necessaria ad un savia decisione e ad una tranquilla e risoluta azione. Ma il medico isolato, il medico condotto, anche se colto, non può a meno di sentire in questi casi tutto il peso della propria responsabilità, il che gli fa desiderare sovente una guida fidata, quale potrebbe essere fornita da un manuale di consultazione.

Questo spiegabile stato d'animo del medico ha fatto la fortuna di diversi prontuarii, i quali, se devono tornare veramente utili, devono rispondere a taluni requisiti indispensabili. Debbono cioè essere scritti in stile piano, e seguire un ordine prestabilito, cosicchè agile ne riesca la consultazione. Devono presentare al medico non le idee anguste d'una scuola, ma, scelto con sana critica, tutto quanto di meglio assicurato si trovi nel dominio delle attuali nostre conoscenze. Devono rispecchiare la prudenza del clinico esperto di tutte le difficoltà, conscio di tutte le possibili cause di errore, ma avendo sempre di mira la soluzione più semplice dei problemi più complessi, senza perdersi in vane disquisizioni.

A me pare che il manuale presente risponda a questi requisiti; certo esso è il frutto di una vasta esperienza clinica e di una conoscenza intima delle esigenze della pratica. È pieno

di prudenza nello stabilire le indicazioni ai diversi interventi, perspicuo nella descrizione dei singoli atti operativi. Nulla vi è trascurato dei suggerimenti terapeutici che possono scaturire dalle più moderne cognizioni.

Il senso pratico che ha guidato l'autore traspare anche dagli schemi di terapia ostetrica pei casi più comuni della pratica: nella loro forma sintetica ma pur chiara, essi forniranno una netta direttiva al medico pratico, che vi troverà utilmente tracciata la via da seguire nelle singole contingenze cliniche.

Insomma questo manuale può essere considerato con fiducia come una guida sicura per chiunque non abbia avuto l'occasione di un lungo tirocinio nella specialità ».

ERNESTO PESTALOZZA.

GIORGIO FERRERI. *Le alterazioni anatomo-patologiche degli ossicini nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio in rapporto alla cura.* — Tip. Le Massime. Roma, 1922.

Gli ossicini dell'udito offrono un particolare interesse a chi li studia, perchè sono piccoli organi di una straordinaria finezza di struttura e di una peculiare topografia che li espone a subire alterazioni produttive e regressive difficilmente colpite dalla ricerca isto-patologica nelle altre ossa dell'organismo. Essi si trovano chiusi in quel piccolo laboratorio fisiologico, qual è l'orecchio medio, che come un termostato presenta temperatura ed umidità costante offrendo condizioni tali di ambiente da permettere di studiarne l'anatomia patologica in tutta la gamma delle alterazioni, dalle più note alle più rare.

La monografia consta di 14 capitoli ed è corredata da 59 figure originali, tratte da microfotografie, che si riferiscono ai punti più salienti del testo. Importanti sono quelle che illustrano un caso molto raro di gomma della incudine in un individuo luetico affetto da otite media purulenta cronica. Dopo cenni di anatomia ed istologia normale e dopo alcuni preliminari di patologia generale e di anatomia patologica l'A. tratta per esteso l'argomento dividendolo in osteo-periostiti croniche semplici e specifiche, in osteo-mieliti croniche semplici, osteo-mieliti luetiche ed osteo-mieliti tubercolari. Un capitolo è dedicato al colesteatoma dell'orecchio medio.

Dall'anatomia patologica il Ferreri risale alla terapia delle suppurazioni croniche del timpano dichiarandosi fautore dell'ossiculectomia: atto operativo intra-auricolare che sovente, fuorchè nel colesteatoma, risparmia all'infermo lo svuotamento petro-mastoideo; cui fatalmente andrebbe incontro se il chirurgo otoiatra non lo prevenisse con l'asportazione degli ossicini cariati e con il raschiamento della cassa.

G. BILANCIONI.

KÜMMEL. *Erkrankungen des inneren Ohres und die psychogenen Hörstörungen.* Diagnostiche und Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Zweites Heft. Georg Thieme, Lipsia, 1923. Prezzo L. 1.95, pag. 34.

Il celebre clinico di Heidelberg è riuscito in questo suo ultimo lavoro a raccogliere in poco più di 30 pagine di nitida stampa quanto di più moderno si conosce sulla diagnosi e terapia delle malattie dell'orecchio interno e dei disturbi psicogeni dell'udito. In sette brevi capitoli l'autore tratta successivamente dei sintomi vestibolari, dei disturbi uditivi, delle labirintiti timpanogene, delle malattie ematogene dell'orecchio interno, di quelle del sistema nervoso centrale e dell'apparato circolatorio; infine delle lesioni traumatiche del labirinto e della coclea.

Questo volumetto del Kümmel, fatto da un pratico per i medici pratici, potrà con vero utile essere consultato dall'Otoiatra, tanta è la dovizia di dati e suggerimenti racchiusa nella sua piccola mole. Sarà indispensabile al neurologo e a qualunque medico che pur non essendo otoiatra abbia bisogno di una guida nel campo, in parte ancora così oscuro, nelle malattie dell'orecchio interno.

ENDERLE.

BIELSCHOWSKY. *Stellungsanomalien und Beweglichkeitstörungen der Augen, Nystagmus, ecc.* Diagnostische u. Therapeutische Irrtümer u. deren Verhütung. Augenheilkunde, fasc. IV, p. 106. — Lipsia, G. Thieme, ed., 1922. Lire italiane 7.50.

Corredato da un ricco materiale illustrativo, questo volume della nota collezione « Errori diagnostici e terapeutici e modo di evitarli », edito dal Thieme di Lipsia, tratta in altrettanti capitoli, del valore diagnostico dello strabismo, delle paralisi oculari, della ptosi palpebrale e del nistagmo. Seguono altri argomenti specialmente interessanti per il neurologo, quali « Le anomalie della reazione pupillare », l'Enoftalmo e Esoftalmo, a proposito del quale sono trattate esaurientemente anche quelle malattie chirurgiche nelle quali si possono presentare questi sintomi.

Il volume termina con un'esauriente trattazione delle « Anomalie del campo visivo » e dei « Disturbi cerebrali psicogeni » (Cecità verbale, Alessia, Amaurosi ed Ambliopie funzionali).

Lo stile piano e l'esposizione brillante rendono la lettura di questo nuovo volume del Bielschowsky quanto mai piacevole, mentre la ricchezza del contenuto ne fanno un ausilio prezioso, non solo per l'oculista, ma anche per il neurologo ed il chirurgo.

ENDERLE.

D. BARDUZZI: *Manuale di Storia della Medicina*, vol. I, Sten, ed. Torino, 1923, in-8°, di pag. 285. L. 12,50.

Data la vastità dell'argomento era opera ardua scrivere un libro che, per la sua stessa natura, evitasse di essere un seguito farraginoso di date e di fatti o un'arida esposizione di biografie. Ad onta degli oppositori, è pur sempre vero che gli individui, gli *eroi* nel senso del Carlyle, fanno la storia.

E il Barduzzi nel dettare il suo manuale ha tenuto un giusto mezzo, dando un quadro delle epoche e ponendo in luce le figure storiche, nel loro esatto rilievo. Forse alcuna di queste appare un poco diminuita nella reale statura, ma in complesso il giudizio dell'A. è ponderato e ben definito.

Questo primo volume va dalla medicina preistorica, da quella antica, orientale ed egiziana, da quella ippocratica (anche anteriore e posteriore al grande di Coo), da quella alessandrina, greco-romana, galenica, maomettana e giudaica, e infine medioevale alla medicina del primo rinascimento, a quella fiorente nel '500 e sino a tutto il secolo XVII. Il testo è sobrio, pone in risalto l'opera degli italiani, anche con opportuni richiami bibliografici.

Il Barduzzi, illustre dermatologo, idrologo valoroso, cultore appassionato della storia della medicina — per molti anni fu presidente della società italiana per questi studi — ha dato un libro utilissimo, da cui emerge come la storia delle scienze quale esame obiettivo del passato risulti indispensabile ad ogni medico che intenda la necessità di avere nozioni esatte sul valore delle dottrine che si sono succedute nel corso dei secoli.

Un unico appunto mi permetto e riguarda l'assenza di figure nel volume: dato il progresso dei mezzi odierni, si prova un senso di disagio nel leggere un'opera degna di storia, senza il conforto dei documenti grafici, dei ritratti, dei facsimili. G. BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

(*Continuazione e fine; vedi fascicoli 22 e 23*).

Dott. ARTOM (Roma). — *Sulla terapia della placenta previa centrale.* — Espone i soddisfacenti resultati della cura della placenta previa centrale nella Clinica di Roma. Mette in evidenza sopratutto l'opportunità che per questa grave complicazione gravidica sia più largamente estesa l'adozione del taglio cesareo.

DISCUSSIONE SULLA CURA DELLA PLACENTA PREVIA CENTRALE.

Prof. ALFIERI (Pavia). — Ricorda che un anno prima delle proposte di Krönig e Sellheim egli in una sua pubblicazione esprimeva il voto dell'adozione del T. C. nella previetà placentare centrale. La priorità di tale indicazione del T. C. come metodo di elezione spetta al dott. Zamboni di Castelfranco Veneto, il quale già prima del 1900 aveva operato sei donne con pl. previa con sei donne vive e sette bambini vivi (una gravid. gemellare).

Prof. GUZZONI (Modena). — Ricorda le norme del prof. Alessandro Cuzzi per la cura della pl. previa, che vanno sotto l'indicazione di «metodo della Scuola di Pavia». L'O. è contrario alla dilatazione forzata ed al metodo di Braxton-Hicks. La rottura delle membrane nella pl. previa laterale: il tamponamento vaginale, le metreurisi ed il rivolgimento nella plac. previa centrale gli hanno dato frequenti successi. Questo metodo della Scuola di Pavia deve esser adottato quando la donna non possa esser ospitalizzata e non possa fruire del taglio cesareo.

Prof. SANTI (Arezzo). — In caso di adozione del T. C. in donne profondamente anemizzate ricorda i vantaggi del metodo della «isterectomia precesarea» (isterectomia, cioè, rapida dell'utero gravido e sua apertura immediata appena tolto dalla donna. Operò così con successo. Alla propaganda per l'ospitalizzazione delle gravide con pl. previa bisogna aggiungere quella per il divieto di esplorazioni vaginali a domicilio.

Prof. MICHELI (Roma). — Ricorda un caso di pl. previa centrale, guarito con taglio cesareo praticato con successo dal dott. Mattoli in un misero abituro. Il caso venne pubblicato nel «Policlinico» giusto intorno al 1900, per osservare che il T. C. in certi eccezionali e più gravi casi può esser praticato anche nel domicilio meno adatto, quando valga a salvare la vita di una madre e quando non sia attuabile l'ospitalizzazione della paziente come può avvenire in caso di plac. previa centrale fortemente emorragica.

Ricorda che oltre venti anni fa anche il prof. Pasquali in questa sua Clinica di Roma ebbe un successo, operando di T. C. una donna con pl. previa centrale.

Prof. COVA (Siena). — Crede che nell'ambiente

ospedaliero il taglio cesareo deve divenire il trattamento di elezione della plac. previa centrale.

Prof. MIRANDA (Napoli). Fin dal 1897 nella sua tesi di libera docenza egli propose il T. C. nella plac. previa centrale, quando non sia sicuro il risultato del trattamento per vaginam. Ha seguito questo indirizzo terapeutico nella sua Clinica con risultati molto incoraggianti.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — È lieto di veder confermata la convenienza di dare maggiore estensione al T. C. nella plac. previa centrale sebbene egli sia lontano dal voler estendere questo metodo a tutti i casi. Pur è confortante che le statistiche recenti confermino la prognosi grandemente migliorata per la madre e per il feto con l'adozione del taglio cesareo.

Dott. CROCI (Roma). — *Rottura spontanea dell'utero nel segmento inferiore per usura di villi da placenta previa centrale.* — La donna fu ricoverata nella Clinica Ostetrica di Roma per gravissime condizioni da anemia acutissima. Nessuna emorragia esterna. Si pensò ad emorragia da rottura d'utero: la diagnosi fu confermata alla laparotomia nella quale si praticò la isterectomia. In grembo alla lacerazione si trovarono cotiledoni placentari (placenta previa centrale e lacerazione nell'inserzione placentare). All'esame microscopico si vide assente ogni reazione deciduale sulla parete uterina lacerata ed invasione dei villi fin nella muscolare ed oltre nella parete. La donna guarii.

Dott.ª BARZILAI (Roma). — *Su un caso di pielonefrite da bacillo capsulato di Nicolaier.* — Il b. Nicolaier fu identificato per caratteri microscopici-culturali e sperimentali. Esso induce proprietà agglutinanti nel siero degli ammalati e degli animali d'esperimento.

Dott.ª BARZILAI GEMMA (Roma). — *Sulla glicosuria florizinica gravidica.* — L'A. fece delle ricerche di controllo della reazione per la diagnosi precoce della gravidanza. La reazione non è utilizzabile, perchè, se è positiva in tutti i casi di gravidanza anche iniziale, lo è anche nel 50 % dei controlli normali fuori di gravidanza.

DISCUSSIONE.

Prof. CAPPELLANI (Messina). — Conferma i risultati dell'A. circa la prova florizinica in gravidanza.

Prof. BRUGNATELLI (Pavia). — *Radiumterapia nelle metriti emorragiche.* — Ha adoperato uno stelo di 49.6 mmg. di bromuro di radio, introdotto con filtri metallici e rivestimenti di gomma nei primi casi nel fornice posteriore, poi nella cavità uterina. Dice utile il raschiamento preventivo nella metrite emorragica prima della radiumterapia (in un caso si scoprì così un adenocarcinoma). Alla radiumterapia suol seguire una molesta idrorrea. In un caso di contemporaneo diabete non vide conseguenze moleste. Ritiene anche la radiumterapia trovi indicazione sicura nelle metro- e menorragie del climaterio.

Dott. SPINELLI MAMELI (Napoli). — *Sarcoma ovarico curato con röntgenterapia metachirurgica.* — Con l'operazione non si era riusciti a dominare tutto il campo neoplastico ed erano state abbandonate grosse masse neoplastiche. A distanza di un anno dall'operazione e dalla consecutiva Roentgen irradiazione, l'inferma sta bene senz'accenno ad ulteriore sviluppo delle masse neoplastiche abbandonate certo nell'operazione distrutte dalla Roentgenterapia. Ritiene da questo e da altri simili casi consigliabile la cura associata sistematica chirurgica-actinoterapica.

Dott. LIEBMANN (Trieste). — *Elettrodi per la cura diatermica associata al colpeurynter-massaggio.* — Posizione declive del bacino, pallone molle di gomma ripieno di mercurio (250-2000 grammi) nel fornice posteriore per un quarto d'ora ad un'ora, gradualmente aumentando peso e tempo. Con questo massaggio a pressione combinando la diatermia si ottiene di riscaldare gli organi del bacino in profondità, determinandone l'iperemia. Ha fatto costruire per questa speciali elettrodi vuoti che possono esser riempiti con mercurio (350-800 gr.) i quali ad un tempo sostituiscono i palloni di gomma ed attuano la cura diatermica.

Prof. BOLAFFIO (Roma). — *Röntgenterapia delle turbe mestruali.* — L'A. dimostra con la sua larga esperienza i vantaggi da lui ottenuti nella Clinica Ostetrico-ginecolagica di Roma con il trattamento roentgenterapico dei differenti disturbi mestruali quando non siano legati ad una causa morbosa altrimenti rimovibile.

Dott. BORGER (Roma). — *La vascolarizzazione dei fibromi uterini.* — Ottimi preparati sono presentati dall'A. a dimostrare la varietà di vascolarizzazione di alcuni fibromi ottenuti da operazioni del prof. Pestalozza nella Clinica di Roma.

C. MICHELI.

XXXV Congresso degli Internisti tedeschi.

Vienna, 9-12 aprile 1923.

I tema principale: *L'encefalite letargica.*

Disserenti: ECONOMO (Vienna); NONNE (Amburgo).

ECONOMO. — Secondo i reperti epidemiologici e batteriologici ritiene il diss. che l'encefalite letargica è una malattia di carattere autonomo, visto che i primi casi, descritti dal diss. stesso, furono osservati un anno prima della grande pandemia della influenza. È probabile che il germe dell'enc. let. sia identico col virus dell'*herpes febrilis* in una forma al massimo grado virulenta (Doerr, Levaditi).

La coincidenza epidemiologica dell'encefalite coll'influenza non basterebbe a deporre per l'identità di queste due malattie.

Le nuove prospettive di massima importanza per il psicologo e lo psichiatra, conquistate dallo studio della sintomatologia e dell'anatomia patologi-

ca, vengono chiaramente illustrate dal diss. Specialmente la cognizione, che funzioni considerate prima come esclusivamente psichiche, hanno un centro sottocorticale, p. es. il sonno, porta a conseguenze che interessano anche il mondo non medico.

Nonne. — Parla sulla sintomatologia dell'enc. let. cronica. Per il pratico è di grandissimo interesse l'intervallo normale, di più o meno lunga durata, che intercede assai spesso tra la forma acuta e la cronica. Perciò riesce impossibile una prognosi esatta nel caso di una enc. let. acuta.

Oltre i nuovi reperti per la psichiatria anche la neurologia *sensu strictiori* è stata arricchita dallo studio dell'encefalite.

I gangli centrali ed il sistema extrapiramidale sembrano necessari per la coordinazione delle funzioni muscolari involontarie, visto che per un unico movimento spontaneo è necessario il sinergismo involontario di quasi l'intero apparecchio muscolare dell'organismo. Il corpo pallido è il centro di questo sinergismo; il putamen impedisce che vengano eseguiti movimenti fuori della volontà. Un complesso coreiforme è perciò la conseguenza d'una lesione del putamen, mentre le lesioni del corpo pallido portano con sè i sintomi dell'atetosi, della diskeinesia, ecc. La sostanza nera è di massima importanza per il tono muscolare. La lesione del corpo di Luys si manifesta con un sintomo molto strano, il cosidetto «emiballismo».

Ben conosciute sono le anomalie delle glandole secretorie nell'encefalite cronica, specialmente la ipersalivazione.

Si distinguono tre gruppi dell'encefalite cronica: una psichica, una motoria, ed una con disturbi del metabolismo generale, specialmente con funzione lesa del fegato. Anche nella forma psichica manca assai spesso un disturbo dell'intelletto; le lesioni si manifestano piuttosto con mancanza della volontà, dell'energia, ecc.

La terapia è purtroppo finora poco efficace, forse meriterebbe un tentativo col trypaflavin.

Nella *discussione* viene accentuato da Doerr (Basilea) l'identità del virus encefalitico col virus erpetico. Luger (Vienna) ricorda che il virus dell'erpete non produce solamente un complesso neu rologico, ma anche un complesso interno — la febbre erpetica.

Che la terapia dell'encefalite non sia molto soddisfacente, si riconosce dalle varie proposte fatte nella discussione: di provare la soluzione iodica di Pregl, il mercurio, la scopolamina, il trattamento con la malaria, i raggi di Roentgen (contro lo ptialismo), ecc. I risultati buoni riferiti, dall'una o dall'altra parte, a uno di questi mezzi, vengono quasi tutti negati da altri disserenti.

II tema principale: *L'ipertensione arteriosa.*

Riferenti: Durig (Vienna); Volhard (Halle s. S.).

Durig. — Già la definizione della ipertensione arteriosa porta con sè molte difficoltà. Il rif. distingue l'*ipertonia*, cioè l'aumento del tono muscolare dei vasi, l'*ipertensione*, cioè l'aumento della elasticità della muscolatura vasale, e lo *spasmo* che significa la contrazione tetanica di questa muscolatura. Ognuno di tali sintomi può essere combinato con un altro o con ipert. art.

Molto difficile, se non impossibile, è la fissazione dell'altezza della press. art. normale. I vari modi e metodi, che furono finora usati per questo scopo, non corrispondono alle regole della fisiologia. Una press. art. aumentata può essere solamente riconosciuta nel caso di aumento eccessivo.

Quanto alla probabile *genesi* della ipert. art., crede il rif. che il cuore può effettuare talvolta una diminuzione, ma mai un aumento della pressione. Quasi sempre la press. art. aum. è causata da un comportamento anomale di vasi, in senso morfologico o funzionale.

Assai spesso si vede una diminuzione dell'elasticità vasale, che si manifesta nella vecchiezza quale sintomo del logoramento e dello spossamento dei tessuti. È naturale, che una diminuzione dell'elasticità può anche essere il prodotto d'una inferiorità congenita o di una lesione morbosa. In altri casi la ipert. art. è la conseguenza di processi obliteranti endarteritici, delle arteriole o dei capillari. Ma è ancora incerta l'influenza di processi patologici localizzati esclusivamente nel sistema capillare sulla press. art. Le cause funzionali della press. art. aum. si distinguono in un gruppo nettamente nervoso ed un altro con processi chimici anormali. Ognuno di tali due gruppi può essere o di origine centrale (p. e. l'irritazione del centro vaso-costrittore) o periferica (p. e. il morbo di Raynaud). Molto probabile è l'esistenza di una press. art. aum. dopo uno spasmo delle arteriole di lunga durata. Inoltre le lesioni del centro vasomotorio del midollo allungato possono anche produrre, per irritazione del centro vagale o della corteccia cerebrale, un aumento della pressione art. Ma tanto qui, quanto sulle particolarità d'innervazione dei vasi, ci manca finora una cognizione perfetta. Molto oscura è la questione della regolazione chimica della pressione arteriosa. Il rif. non crede all'influenza dei varî increti, specialmente dell'adrenalina. La teoria molto ingegnosa di Hasebroek, del « cuore periferico », non viene approvata. La solita constatazione di una press. art. aum., misurata sul braccio, non permette di fare conclusioni troppo estese sui processi patologici. Occorre un'analisi più precisa delle cause della ipert. art. con nuovi metodi più esatti.

Volhard. — Distingue, secondo l'aspetto dell'ammalato, una ipert. art. *rossa* e una *pallida*. Il gruppo pallido è caratterizzato da arteriolospasmo. Il rif. crede, che quasi sempre la press. art. aum. è conseguenza di malattie renali, specialmente di spasmi nelle arteriole dei reni. Solamente nella ipertonia essenziale (il tipo della ipert. art. rossa) e nel rene grinzo genuino sarebbe da supporre un'origine extrarenale.

Discussione: Secondo ROMBERG, KAHLER ed altri clinici la distinzione sopradetta della ipert. art. in un gruppo rosso e uno pallido non sembra molto soddisfacente.

Tra le numerose *comunicazioni* sarebbero da rilevare le seguenti:

F. PICK (Praga): *Questioni di eredità.* — Sarebbe necessario un istituto centrale internazionale per registrare tutti i casi e le questioni che concernono il tema dell'eredità.

B. MÓLNAR e CSÁKI (Budapest): *L'iperacidità gastrica* è segno, che lo scambio materiale del cloruro di sodio è disturbato.

A. W. FISCHER (Francoforte s. M.): *Riempimenti simultanei dell'intestino crasso con bario ed aria.* — È un mezzo diagnostico di gran valore, specialmente per la diagnosi del cancro e della tubercolosi del crasso.

M. STERNBERG (Vienna). — Dimostra che le *stenocardie* nei vizii della valvola mitrale possono essere la conseguenza d'una compressione anatomica dei vasi coronari.

E. H. HERING (Colonia). — Crede che nel *tentativo della pressione del vago* si tratta, regolarmente, d'una irritazione riflessa e non di vera compressione del n. vago.

SCHNEYER (Bagno Gastein). — In un quarto dei casi anche nell'individuo sano manca una *pulsazione delle arterie del piede.* Questo reperto è di importanza per la diagnosi dello zoppicamento intermittente.

E. P. PICK (Vienna): *Il fegato ha una funzione nel metabolismo dell'acqua:* impedisce specialmente che il corpo venga improvvisamente inondato con grandi masse d'acqua.

LEMËSIC (Belgrado). — Suppone che nella *diuresi* da mercuriali e dopo ingestione di purine (eufillina) esista, oltre il fattore extrarenale, una componente renale, mentre nella diuresi dopo ingestione di urea si tratterebbe solo di processi colloido-chimici.

KUND FABER (Copenaghen). — La *soglia dello zucchero sanguigno* rimane una costante anche nella glicosuria.

R. SCHMIDT (Praga). — Riferisce sopra buoni risultati della *terapia con proteidi* in certi casi di *adiposità generale.*

PETRÈN (Lund). — Raccomanda una *riduzione dell'azoto* dell'alimentare nei casi di *diabete grave.*

KOOPMANN (L'Aia). — La mancanza di iodio produce talvolta un complesso *d'insufficienza pluriglandolare.*

NONNENBRUCH (Wurzburgo). — Sostiene che l'*urea* viene prodotta in molteplici parti del corpo e non solamente nel fegato.

HÖGLER (Vienna) e RIVOLTELLA (Venezia). — Dopo una determinata *dose di bile* data per via stomacale, si vede nell'ammalato di fegato una *urobilinogenuria,* che manca nell'individuo sano. Perciò questa prova ha un certo valore diagnostico.

FRANK (Breslavia). — Dimostra la *genesi delle piastrine* dai megacariociti.

ROSTOSKI (Dresda). — Crede che traccie di *arsenico* e forse anche di *radio,* quali si trovano nell'aria in certe miniere, possono provocare dei *tumori al polmone,* mentre al carbone manca questo potere oncogeneo.

WENCKEBACH (Vienna) e BRAUER (Amburgo). — Mettono in discussione, se la diagnosi del *cancro polmonare,* porta tanto spesso nell'ultimo tempo, è il segno di una frequenza aumentata di questa malattia o piuttosto l'effetto del perfezionamento dei metodi diagnostici.

GÖTZE (Francoforte s. M.) e ZADEK (Nuova Colonia). — Raccomandano la *frenicotomia* quale operazione preparatoria per il pneumotorace artificiale.

PORT (Asburgo). — Riferisce sopra i suoi risultati interamente negativi col *metodo immunitario di Poundorf* nel trattamento della tubercolosi polmonare.

***

Il Congresso degli Internisti Tedeschi fu il primo grande congresso tenuto a Vienna dopo la guerra. Le belle conferenze, le interessanti dimostrazioni di malattie rare, di nuovi metodi di laboratorio, ecc., la frequenza imponente e non solo da parte tedesca ed austriaca (ci furono più di 2000 ospiti), le splendide organizzazioni sociali, fecero sì che il Congresso costituì un vero successo sotto la circospetta presidenza di WENCKEBACH.

Il Congresso dimostrò che la scuola medica germanica rappresenta, malgrado le pessime condizioni attuali, un fattore di cultura, che non può venire negletto o spento. Si provava questa impressione anche nell'Esposizione annessa, dove l'industria e la tecnica germanica erano rappresentate in forma magnifica. Un grande numero di nuovi preparati farmaceutici, esposti in quest'occasione per la prima volta, sembra avere valore internazionale. Ma anche l'industria medica austriaca ottenne un bel successo. Con ciò giungo alla vera sensazione del Congresso — all'impressione chiara per ogni partecipante, che Vienna e l'Austria cominciano finalmente a rimettersi e che specialmente la *Vienna medica* ha ricuperato già adesso la sua vecchia *posizione internazionale* di primo rango.

Sappiamo bene, che *per il nostro rinascimento siamo in debito in prima linea all'Italia* fra tutte le nazioni. Ma sappiamo anche bene, che *noi medici* — uniti da questo lato colleghi *italiani* ed *austriaci* — abbiamo il *santo dovere di combattere, dove è possibile, i malintesi e la sfiducia,* che esistono purtroppo ancora sempre e non solamente nel mondo politico!

Dott. A. NEUMANN, Vienna.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA DIGERENTE.

L'arterio-sclerosi intestinale.

Le manifestazioni di questa malattia non sono ancora bene conosciute; la forma meglio individualizzata è l'*angor abdominis*, che si presenta con violento dolore periombelicale irradiantesi ai fianchi ed accompagnato da meteorismo e da sensazione di tensione addominale, talora da angoscia, sicchè si può pensare ad una pancreatite acuta, alla perforazione di un'ulcera duodenale, all'occlusione intestinale. Come osserva F. W. Strauch (*Münchener med. Wochenschrift*, 19 genn. 1923) vi sono altre forme fruste con manifestazioni polimorfe in cui il dolore non è il sintoma dominante; si penserà all'arteriosclerosi intestinale, nei soggetti di oltre 40 anni in cui si possano escludere le malattie puramente intestinali o gastriche e le affezioni croniche del fegato e delle vie biliari. L'individuo si lagna di pesantezza gastrica, di pienezza, di rinvii e di malessere dopo certi alimenti fino allora ben tollerati; il sonno può essere disturbato al mattino da un bisogno prepotente di evacuare non seguito da risultato, oppure da 2-3 scariche molli. Vi è inoltre una produzione anormale di gas ed un riassorbimento difficile di questi donde una sensazione di pienezza. Si hanno anche altri disturbi del sonno dovuti a nicturia, indice di arteriosclerosi cerebrale e renale, e delle cefalee a tipo di emicramia che devono far sospettare l'arteriosclerosi. Nei vecchi si ha una diarrea persistente alternata con fasi di costipazione ostinata.

La causa di questi disturbi viene stabilita sopratutto con l'anamnesi; l'esame fisico, la radioscopia, lo studio del chimismo gastrico danno scarse indicazioni. Secondo taluno avrebbe importanza il meteorismo totale o locale; però con esso si vede coincidere talvolta un vivo peristaltismo, dovuto allo spasmo del colon. L'esplorazione dell'apparato cardiovascolare può dare indicazioni preziose; dati importanti si avranno anche dal criterio terapeutico; la diuretina, l'atropina, la papaverina, lo jodio danno buoni risultati. Il regime dietetico è di importanza secondaria e si avrà riguardo più alla quantità che alla qualità dei cibi; si daranno piccoli pasti si istituirà il regime secco, si proibiranno le frutta crude gli alimenti che producono gas, il tabacco; anche la psicoterapia può essere tenuta in considerazione.

fil.

Il trattamento della ptosi e della dilatazione della stomaco.

M. Labbé (*Journal des praticiens*, 25 aprile 1923) consiglia di far prendere prima dei pasti una pillola di un mg. di stricnina; dopo i pasti una delle seguenti prese: bicarbonato di sodio, magnesia idrata, salicilato di bismuto ana cg. 20; betol cg. 30; polvere di noce vomica cg. 1.

Prima dei pasti, applicare sull'addome una compressa di garza imbevuta di acqua fredda, ricoprirla con *baudruche* e mantenerla in posto con una cintura di flanella; levarla solo un'ora dopo i pasti; portare una cintura ipogastrica con cuscino insufflabile; fare tutte le mattine della ginnastica addominale.

Masticare bene, mangiare lentamente, non bevendo durante i pasti; un quarto d'ora dopo, prendere una tazza di infuso caldo di camomilla; stare disteso per un'ora dopo i due pasti principali. Evitare gli alimenti indigesti, i grassi fusi, le fritture, le salse grasse, le spezie, le frutta e verdure crude, le conserve, i generi di pizzicheria. Non prendere minestre, non fare uso eccessivo di farinacei.

fil.

Contro il dolore della ragade anale.

La ragade anale è un ottimo esempio di circolo vizioso; il dolore alla defecazione fa sì che il paziente differisca continuamente l'atto del defecare, con la conseguenza di accumulo di feci dure le quali provocheranno tanto maggior dolore ed apriranno la ragade. La dilatazione dello sfintere è senza dubbio efficace; ma oltre ai possibili pericoli della anestesia generale, si ha talora l'incontinenza delle feci. Basterebbe eliminare il dolore alla defecazione per rompere il circolo vizioso e portare la guarigione. Ciò può ottenersi secondo Sylvest (*Medical Review*, marzo 1923) mediante la compressione esercitata con un dito nella regione fra l'ano ed il coccige, durante la defecazione; completando questa semplice procedura con una dieta adatta ed un enteroclisma prima di defecare, il dolore viene più o meno abolito e la ragade guarisce abbastanza rapidamente.

Il meccanismo della soppressione del dolore viene spiegato con la teoria di Head, in quanto che la pressione nel punto accennato blocca gli impulsi dolorosi provocati dalla dilatazione dell'ano; in qualche caso la pressione è ugualmente efficace se viene esercitata

sul sacro specialmente sulla parte bassa. Analogamente il dolore della disfagia nelle malattie tonsillari, dolore associato ad iperalgesia nella parete posteriore del meato uditivo, può venire calmato esercitando una pressione d'ambo i lati sul trago.

fil.

MISCELLANEA.

Le scapole alate.

La nozione di scapola alata, come segno frequente nel torace tisico, è assai comune in medicina; i pochi autori che parlano della sua patogenesi l'attribuiscono a deficienza del muscolo gran dentato. S. Fichera (*Tubercolosi*, 1922, n. 10) dimostra come tale concetto sia errato. La base su cui poggia la scapola è la gabbia toracica; allorchè questa si modifica, ferme ed uguali restando le azioni muscolari, si viene modificando la posizione della scapola. Ora nel torace di un infermo con grave lesione tubercolare specialmente a tipo sclerotizzante, la gabbia toracica, per la diminuita funzione respiratoria e per la retrazione polmonare, si adatta alla posizione espiratoria; le arcate costali si abbassano, la curva delle costole si appiattisce, il moncone della spalla si abbassa e si proietta un po' in avanti. Ne segue che l'angolo super-interno della scapola s'innalza, quello inferiore lo segue e si avvicina alla colonna vertebrale. In tale posizione, dato l'appiattimento del torace, il margine scapolare interno non potendosi applicare sulle costole, specie per la proiezione in avanti dell'articolazione acromio-clavicolare, si solleva dal torace e viene a costituire il fenomeno della scapola alata. Il sintoma si rende ancor più spiccato perchè i muscoli toracici sono più o meno atrofici ed anche ipotonici sicchè male coprono la sporgenza del margine scapolare interno.

Il fenomeno è bilaterale nel torace rachitico per difettosa conformazione di sviluppo, e può essere unilaterale nella tubercolosi e, come ha ingegnosamente dimostrato l'A., non può attribuirsi a debolezza o paresi del gran dentato, ma piuttosto alla mancata od insufficiente funzione dei due polmoni e specialmente alla loro retrazione.

A. Z.

Il trattamento delle emottisi.

È necessario l'assoluto riposo in letto e la dieta assoluta per 24 ore, dando tutt'al più qualche pezzo di ghiaccio; in seguito dieta lattea ridotta, 800 cmc.-1 litro; dopo 24 ore interessarsi di regolarizzare le funzioni intestinali.

Molti medicamenti risultano praticamente infedeli; il cloruro di calcio, il cloruro di sodio, il solfato di sodio, gli estratti epatici, sono di utilità contestabile; qualche volta riesce il siero gelatinato al 2% (50-60 cmc.) in iniezioni sottocutanee. Secondo S. R. (*Journal des praticiens*, 25 aprile 1923) due medicamenti sono sovrani, l'oppio ed il nitrato d'amile. Il rimedio di scelta sarà la morfina (cinque mg. da ripetersi dopo mezz'ora se la emottisi persiste); l'oppio si somministra per via orale, sia associandolo ai vaso-dilatatori (estr. tebaico cg. 20; sol. di trinitrina a 1% gocce 30; acqua distillata gr. 10; 15 gocce in un cucchiaio d'acqua da ripetersi dopo due ore) oppure agli ipotensori (estr. tebaico cg. uno; estr. di vischio mg. 25; per una pillola; una ogni due ore, 6-8 al giorno).

Le inalazioni di nitrato d'amile hanno talvolta arrestato istantaneamente delle emottisi serie; ogni ammalato che va soggetto a sputi sanguigni dovrebbe portare sempre seco a titolo di precauzione una fiala di tale medicamento. Emostatico prezioso è anche la pituitrina, di cui si inietta un cmc. L'ipecacuana è stata usata molto in passato; 10 cg. della polvere ogni mezz'ora fino ad effetto nauseoso, oppure sciroppo di ipeca, gr. 30 con gr. 1.50 di polvere di ipeca; un cucchiaino ogni mezz'ora fino ad effetto nauseoso. Le iniezioni di emetina (4 cg.) fatte quotidianamente sono assai efficaci se l'emottisi non è di origine ulcerosa. L'ergotina se non è dannosa non fa nulla, e così l'adrenalina; le iniezioni di olio canforato hanno dato a qualcuno buoni risultati. Nelle emottisi ulcerose molto gravi il pneumotorace artificiale ha salvato ammalati che sembravano perduti.

fil.

L'irrigazione endouterina nelle infezioni puerperali.

L'irrigazione continua endouterina era caduta da tempo in disuso e soltanto è tornata in voga dopo l'introduzione del metodo di Carrel per la cura delle ferite di guerra. Alcuni si servono del liquido di Dakin, altri che ritengono questo troppo irritante, utilizzano soluzioni di toclorina (5 per mille), di cloruro di magnesio (25%) mettendone 4 cucchiai in un litro di acqua bollita), l'urotropina (4%); il nitrato d'argento (10 gocce della soluzione a 1% in un litro di acqua distillata); quest'ultimo darebbe risultati ottimi.

Per l'introduzione nell'utero si utilizza o una sonda Nélaton N. 16, circondandola con uno stuello di garza che si cambia ogni 24 ore, oppure una candeletta uretrale resistente, che permette un deflusso regolare del liquido. I

tubi adduttori non vanno introdotti alla cieca; con una pinza Museux, si abbassa il collo e, dopo spennellatura con tintura di jodio della vagina e del collo; si introduce il tubo che si fissa alle labbra del collo con un punto da togliersi a cura finita.

Viene generalmente consigliata l'irrigazione discontinua, da 20 a 50 cmc. ogni due ore; altri preferiscono l'irrigazione continua, regolando il deflusso con una pinza di Mohr, in modo da dare circa 30 gocce al minuto, od anche secondo Pierra 10-15. La durata del trattamento è varia; se nonostante esso, permane la fetidità dei lochi o, peggio, se si manifestano in seguito ad esso brividi e forti elevazioni termiche, lo si sospende; comunque non lo si protrae per più di otto giorni.

(*Journal des praticiens*, 10 marzo 1923).

A. Z.

Idiosincrasia da aspirina.

E. Banaudi (*Pensiero medico*, 3 febbraio 1923) riporta il caso di una bambina di 13 anni a cui vennero somministrati in tre riprese cg. 75 di aspirina; quasi immediatamente comparvero dei ponfi dapprima alle ginocchia, preceduti da un senso di dolenzia e di irrequietudine generale; nello spazio di due ore i ponfi vennero aumentando rapidamente di quantità e di superficie, confluendo fino a ricoprire quasi tutto il corpo. L'ammalata accusava forte cefalea, cardiopalmo e malessere generale. Il giorno seguente l'eruzione aveva un aspetto scarlattiniforme, la bambina si lamentava di non poter aprire gli occhi e di respirare con difficoltà; anche la parola era inceppata; il viso appariva tumefatto specialmente alle palpebre, la cui rima a destra era assai ridotta. L'esame somatico e delle urine risultarono negativi. L'eruzione era fortemente pruriginosa; la faringe molto arrossata, con tonsille enormemente ingrossate; era quindi evidente una partecipazione delle mucose. Ogni fenomeno diminuì gradatamente e scomparve in 24 ore, per riaccendersi nuovamente dopo la somministrazione di 25 cg. di aspirina; non si ebbe alcun reliquato.

I disturbi idiosincrasici da aspirina possono dividersi in tre gruppi: 1) eruzione ed efflorescenze cutanee; 2) edemi con iniezione congiuntivale, disturbi della deglutizione, manifestazioni faringo-laringee, ronzii e vertigini; 3) forme più gravi. L'accidente più frequente è l'orticaria. Non è improbabile che nel caso dell'A. abbia influito sulla comparsa delle manifestazioni descritte il linfatismo e rispettivamente una disfunzione endocrina.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Iniezioni di metilarsinato sodico. — Al dottor C. S. Cuggiono:

Poichè ella ha riscontrato irritante anche la semplice soluzione di metilarsinato, sarebbe conveniente ridurre la concentrazione dal 10 % a quella più comunemente prescritta del 5 %. Sarebbe consigliabile altresì di isotonizzare la soluzione jodio-jodurata, usando la soluzione fisiologica anzichè acqua distillata.

Del resto il vantaggio del metilarsinato sul cacodilato consiste essenzialmente nel poter somministrarlo senza inconvenienti per via orale, ed ella potrebbe quindi riserbare la via ipodermica alla sola soluzione jodo-jodurata.

fil.

Al dott. U. Scalfi da Varenna:

Recente e consigliabile è il seguente: P. MARFORI: *Trattato di Farmacologia e terapia.* Piero, ed., Napoli.

fil.

VARIA

Agonia ed anestesia.

Maeterlink nelle pagine meravigliose dedicate alla morte ha scritto: Ciò che ci spaventa di più è sopra tutto la lotta tremenda della fine e sopra tutto il supremo, terribile istante della rottura che forse vedremo avanzarsi durante le lunghe ore della nostra impotenza e che tutto di un colpo ci precipiterà nudi, disarmati, abbandonati da tutti, spogliati di tutto in un mondo sconosciuto che è il luogo degli spaventi più invincibili che abbia mai provato l'anima umana.

Il dottor Barbillon (*Paris Médical*, 7 ottobre 1922) pone il problema se questa paura sia veramente giustificata.

Contro le torture delle malattie, egli scrive, la scienza dispone di mezzi potenti e la terapeutica con i suoi calmanti adoperati senza parsimonia si ingegna di fare opera pietosa, se non salutare; la morfina, l'eroina, la cocaina e tutte le droghe capaci di lenire le sofferenze appaiono come le fate bianche sollevatrici al letto del moribondo. Quanto alle supposte e temute sofferenze dell'agonia propriamente detta, sofferenze fisiche o morali, è più verisimile che esse non esistano affatto, è più verisimile che quando l'ora fatale scoccata che nessuna tortura ci tormenti, che nessuna vertigine ci sconvolga e che l'estinzione si verifichi dolcemente senza urto brutale, senza catastrofe psichica.

L'agonia lungi dall'essere la lotta disperata tra lo spirito ed il corpo, si inizia con la perdita della coscienza come nell'anestesia cloroformica ed eterea, passa per le medesime fasi, discende la medesima scala ed al primo scalino la sensibilità cosciente che si spegne trova un riposo definitivo in un sonno che non avrà risveglio.

A dir vero la natura è semplicista e fedele nei suoi procedimenti. Essa li impiega e li adopera automaticamente, meccanicamente comunque variino le eccitazioni che vengono di fuori. La retina non risponde a stimoli differenti dalla luce. Per condurre un organismo fino al suo completo sviluppo la vita segue un cammino determinato ed obbedisce ad un ordine non meno fisso quando si tratta di volgere alla fine È stato necessario per sviluppare i corpi che la vita si svegliasse dapprima nella cellula, che successivamente si manifestasse la vita funzionale del cuore, del simpatico, del bulbo rachideo, del midollo spinale ed infine del cervello; la comparsa tardiva della vita funzionale genitale completa l'organismo. Ed è questa potenza genitale, che scompare per prima nel corso della vita, ed infine al momento dell'agonia vanno spegnendosi uno dopo l'altro ed in ordine inverso tutte le funzioni cardinali la cui manifestazione successiva aveva segnato le fasi dello sviluppo dell'organismo. Come un fiore raro e delicato è la vita cerebrale, la vita psichica che appassisce e cade al principio dell'agonia, analogamente a quanto avviene nell'anestesia cloroformica.

L'anestesia e l'agonia procedono nello stesso modo, e l'agonia può essere considerata come un'anestesia naturale allo stesso modo che l'anestesia chirurgica può essere considerata un'agonia sperimentale.

Gli anestesici possono agire su tutti gli elementi organici viventi e su tutte le forme di attività fisiologica: arrestano i movimenti protoplasmatici delle amebe e dei leucociti; arrestano i movimenti ciliari dei protozoi e delle cellule vibratili, le contrazioni ritmiche del cuore dei batraci estratto dall'organismo, i movimenti delle foglie delle sensitive, la germinazione del grano, l'assimilazione clorofillica dei vegetali.

Negli animali superiori producono effetti generalizzati a tutto il corpo solo con dosi successivamente crescenti, ma il sistema nervoso è il primo che subisce la loro azione, che consiste nell'estinzione successiva, ed in ordine costante, delle differenti attività.

Conviene tener presente che ogni veleno che ad una dose determinata sopprime una funzione, comincia sempre, a dose media per eccitarla. Dapprincipio quindi si ha un periodo di eccitazione cerebrale. Una verbosità abbondante come quella che accompagna l'ebbrezza alcoolica è l'espressione dell'afflusso disordinato delle rappresentazioni mentali negli emisferi cerebrali.

La sensibilità affettiva si esalta: tenerezza, confidenza, pianto, riso, canti. (Tali fatti più che con uno stato di eccitamento possono mettersi anche in conto della paralisi dei centri inibitori superiori). Poi la parola si fa inceppata, le idee si confondono, sopravviene il delirio: lembi di frasi, frammenti di parole, sillabe senza significato, un mormorio che si esaurisce in un sonno profondo senza coscienza e senza sogni, che non lascia al risveglio alcun ricordo. Talora si ha una lotta penosa con le persone vicine, una lotta breve che subito si esaurisce in una risoluzione muscolare completa. La sensibilità cutanea è spenta, i riflessi sono scomparsi, i bulbi oculari rimangono insensibili alla luce ed al tocco. In questo stato il midollo allungato funziona ancora normalmente. Ma se si spinge ancora avanti la narcosi, la respirazione si rallenta e si arresta, il cuore si indebolisce e cessa di battere. E la morte è pronta a prendere possesso dell'organismo se questo stato si prolunga per poco per modo che l'arresto del cuore diventi definitivo.

Non altrimenti le cose procedono per l'agonia: sia bruscamente, sia per fasi successive, sia subito, sia dopo un periodo di eccitazione delirante, l'agonia spegne prima il cervello ed abolisce ogni forma di sensibilità cosciente; spegne il potere eccito-motore del midollo spinale ed abolisce ogni forma di sensibilità riflessa; spegne infine il bulbo e la respirazione diventa difficile e si arresta e poco dopo anche il cuore cessa di battere.

Come l'etere, come il cloroformio, l'agonia è un benefico narcotico che la morte propina all'uomo.

Grazie ad essa il morente non può essere lo spettatore lucido della propria fine, e si sottrae così alla più spaventevole prova che possa immaginarsi.

Dopo questa devastazione del pensiero tutto ciò che avviene intorno non ha più importanza per il morente.

Tutto il dramma si svolge e si risolve nelle tenebre e nel silenzio dell'incosciente, allo stesso modo che all'origine della vita individuale nelle medesime tenebre e nel medesimo silenzio si sviluppa l'organismo che solo dopo parecchio tempo prende coscienza di sè stesso.

dr.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Le nuove disposizioni per le pensioni dei sanitari.

La « Gazzetta ufficiale » del 1° giugno, n. 128, ha pubblicato il decreto-legge 19 aprile 1923, n. 1000, concernente la Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari.

È noto che il trattamento di pensione è stato sinora regolato dal testo unico 2 gennaio 1913, n. 453, libro III, parte terza e che con D. L. 14 novembre 1919, n. 1779, furono soppressi i conti individuali. Il nuovo decreto modifica le disposizioni del testo unico e stabilisce nuove norme: l'articolo primo *contiene le norme che sostituiscono quelle comprese negli art. 1 a 43 del testo unico; gli altri articoli aggiungono disposizioni nuove.*

Seguono le tabelle e le relative norme di applicazione.

Riassumiamo ora largamente la parte costruttiva del decreto legge.

Della Cassa di Previdenza.

Articolo primo.

(Le disposizioni seguenti sono comprese sotto l'*art. primo* del nuovo decreto e modificano o sopprimono le corrispondenti norme del testo unico 1913).

La Cassa di previdenza provvede ai medici condotti, ai veterinari ed altri sanitari con nomina regolare in posti legalmente istituiti alla dipendenza dei comuni, delle provincie e delle istituzioni pubbliche di beneficenza, e agli ufficiali sanitari, nonchè ai medici e veterinari coloniali e agli altri medici in servizio dello Stato che non abbiano altrimenti diritto a pensione.

Essa è un corpo morale con facoltà di acquistare e possedere. La rappresentanza legale e la responsabilità di gestione della Cassa di previdenza spettano al direttore generale della Cassa depositi e prestiti e degli istituti di previdenza (art. 1, t. u.).

Obbligo della iscrizione.

L'iscrizione alla Cassa è obbligatoria per tutti i medici condotti o altri sanitari muniti di laurea, nominati regolarmente dai comuni, dalle provincie e dallo Stato, che si trovano nelle condizioni di cui all'articolo 1 con stipendio non inferiore alle lire mille annue, e che non abbiano servizi anteriori alla data di istituzione della Cassa, o a quella di estensione delle relative disposizioni di legge alle altre classi di sanitari.

L'iscrizione è pure obbligatoria pei medici nominati in posti regolarmente istituiti presso istituzioni pubbliche di beneficenza, — costituite in ente morale — con reddito annuo non inferiore alle lire 5000, che non siano per altro titolo iscritti alla Cassa e che non abbiano uno stipendio inferiore alle lire 1000 annue, salvo il disposto dell'articolo 3 della legge 11 giugno 1916, n. 720.

L'iscrizione stessa è facoltativa per i medici condotti o altri sanitari muniti di laurea, con stipendio inferiore alle lire 1000 annue o con servizi anteriori rispettivamente alle date predette, per i sanitari coloniali, nonchè pei medici alla dipendenza di istituzioni di beneficenza — costituite in ente morale — con reddito annuo inferiore alle lire 5000, o che non abbiano diritto ad acquistare la stabilità (art. 2, t. u.).

Contributi.

Il *contributo dei medici condotti o altri sanitari inscritti alla Cassa è stabilito in lire seicento annue.*

I sanitari o altri a loro favore possono fare versamenti volontari che non superino in media l'ammontare di lire 1000 annue, da capitalizzarsi in appositi conti individuali, al saggio di interesse delle tabelle annesse. Il capitale formato con i versamenti volontari è liquidato a favore dei sanitari o delle famiglie dei sanitari all'atto della cessazione dal servizio, qualunque ne sia la ragione e qualunque la durata del servizio prestato.

È però data facoltà al sanitario di chiedere che tutto o parte del capitale stesso sia trasformato in assegno vitalizio a supplemento della pensione, quando esistano i titoli necessari per il conseguimento di un qualsiasi assegno vitalizio (art. 5, t. u.).

Il *contributo a carico dei comuni, delle provincie, dello Stato, nonchè delle istituzioni pubbliche di beneficenza* le quali abbiano un reddito non inferiore alle lire cinquemila, *è fissato in lire seicento annue,* ed è per essi obbligatorio per ogni posto legalmente istituito, salvo il disposto del terzo comma dell'art. 8 della presente legge e quello dell'art. 3 della legge 11 giugno 1916, n. 720.

Le istituzioni di beneficenza sono esonerate da ogni contributo quando si valgano di medici già iscritti alla Cassa di previdenza dei sanitari.

Quando trattisi di sanitari dipendenti da istituzioni di beneficenza i quali si trovino nelle condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 3 della presente legge, il contributo indicato nel primo comma del presente articolo è pagato dal sanitario che intenda di inscriversi alla Cassa, a meno che la istituzione di beneficenza non ne assuma l'onere (art. 6, t. u.).

I contributi, nella misura complessiva stabilita dalla presente legge, saranno pagati direttamente dai comuni, dalle provincie e dallo Stato, salvo il diritto di rivalsa sugli stipendi per le quote a carico dei sanitari iscritti alla Cassa.

I comuni, le provincie e lo Stato sono obbligati al pagamento dei contributi nella misura anzidetta anche pei posti vacanti, e del solo contributo di cui all'art. 6 pei posti che siano provvisti di titolari non iscritti alla Cassa.

Qualora lo stipendio assegnato al posto di sanitario sia inferiore alle lire mille annue, non è dovuto alcun contributo dall'ente, salvo il caso di cui all'ultimo comma dell'art. 3 (art. 8, t. u.).

I medici condotti o altri sanitari che godranno una pensione a carico della Cassa di previdenza saranno soggetti alla ritenuta del due per cento.

Sono esenti da ogni ritenuta le pensioni delle vedove e degli orfani (art. 12, t. u.).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Del diritto a pensione.

Acquistano il diritto di conseguire la pensione i sanitari iscritti alla Cassa di previdenza nei seguenti casi:

a) quando dopo 25 anni di servizio utile cessino per cause diverse da quelle di cui alle lettere *c*) e *d*) del presente articolo;

b) quando dopo 20 anni e prima di 25 anni di servizio utile cessino dal servizio per soppressione di posto, o per condanna, o per passaggio alla dipendenza dello Stato in posti pei quali non sia ammesso il cumulo coi servizi prestati con iscrizione alla Cassa;

c) quando dopo 20 anni di servizio utile siano ritenuti permanentemente inabili a continuare il servizio per infermità contratte per cause diverse da quelle indicate alla lettera *d*) del presente articolo;

d) quando per ferite riportate o per infermità contratte a cagione diretta ed immediata delle loro funzioni siano divenuti permanentemente inabili a prestare ulteriore servizio, qualunque sia la durata del servizio stesso (art. 17, t. u.).

Della indennità.

Acquistano il diritto alla indennità i sanitari iscritti alla Cassa di previdenza che dopo cinque anni compiuti e prima di venti anni di servizio utile, siano ritenuti permanentemente inabili a continuare il servizio stesso per infermità contratte per cause diverse da quelle indicate alla lettera *d*) dell'articolo precedente, o cessino dal servizio per una delle cause indicate alla lettera *b*) dell'articolo stesso (art. 18, t. u.).

Servizio utile.

Il *servizio utile* pel conseguimento della pensione o della indennità è quello prestato con nomina regolare in un posto legalmente istituito, con percezione di stipendio e pagamento dei contributi o altrimenti riconosciuto o riscattato ai sensi della presente legge.

Per gli effetti della presente legge, si cumula il servizio prestato successivamente nelle condizioni di cui al comma precedente dai sanitari in diversi comuni, provincie od istituzioni di beneficenza, ovvero presso lo Stato, purchè non abbiano altrimenti diritto a pensione.

Per la determinazione del servizio utile e dell'età dei sanitari, quando risulti una frazione di anno, il periodo che eccede sei mesi è calcolato per un anno intero, in caso diverso non è calcolato (art. 19, t. u.).

La pensione è liquidata in rapporto alla età, alla data della cessazione del servizio ed alla durata di servizio valutabile alla data stessa.

Però nel caso di cessazione dal servizio per una delle cause di cui alle lettere *c*) e *d*) dell'articolo 17, la pensione da liquidarsi al sanitario non potrà essere inferiore a lire duemila.

Nel caso di condanna la pensione di cui alla lettera *b*) dell'articolo 17 sarà pari alla metà di quella liquidata secondo la tabella *A*.

In nessun caso la pensione liquidata al sanitario potrà superare le lire dodicimila (art. 20-*bis*).

L'indennità di cui è parola nell'art. 18, consiste in una somma per una volta ragguagliata ai due terzi del valore capitale della pensione teorica ottenuto mediante l'applicazione delle tabelle *A* e *B*, con le norme indicate sulle tabelle stesse.

Nel caso di condanna l'indennità è concessa nella misura della metà del valore capitale anzidetto (art. 21, t. u.).

Diritti della vedova e degli orfani.

La vedova del sanitario iscritto alla Cassa non separata legalmente dal marito per sentenza passata in giudicato pronunciata per di lei colpa, ha diritto ad una indennità se il sanitario muore in attività di servizio o entro un triennio dalla cessazione di esso, dopo un anno compiuto e prima di venti anni di servizio utile, semprechè il matrimonio sia stato contratto prima della cessazione dal servizio; quando il matrimonio sia stato contratto dopo che l'iscritto aveva compiuto l'età di 50 anni è necessario inoltre che esso sia di due anni anteriore alla cessazione dal servizio, ovvero vi sia prole, ancorchè postuma, di matrimonio più recente.

In mancanza della vedova, l'indennità spetta agli orfani purchè minorenni ed alle orfane minorenni che siano inoltre nubili.

Sono parificati agli orfani minorenni gli orfani e le orfane nubili o vedove maggiorenni, purchè sia provato che alla data della morte del sanitario erano a di lui carico e inabili a qualsiasi lavoro e che siano rimasti nullatenenti.

L'indennità è pari alla metà di quella teorica o reale che sarebbe spettata al sanitario al giorno della morte, secondo la disposizione stabilita dal precedente art. 21.

L'indennità, quando la vedova non abbia la legale rappresentanza dei figli, o ve ne siano d'altro letto, sarà ripartita per metà alla vedova e per l'altra metà agli orfani in parti eguali; se ve ne è uno solo, per tre quarti alla vedova e l'altro quarto all'orfano (art. 23, t. u.).

La vedova che si trovi nelle condizioni indicate nell'articolo precedente, ha diritto di conseguire la pensione:

a) quando il sanitario dopo vent'anni e prima di venticinque di servizio utile, muoia in attività di servizio o entro tre anni dalla cessazione di esso;

b) quando il sanitario muoia dopo venticinque anni di servizio utile;

c) quando il sanitario muoia in pensione.

In mancanza della vedova, o quando cessi il diritto di questa, la pensione spetta agli orfani che si trovino nelle condizioni di cui all'articolo precedente.

La vedova che passi ad altre nozze perde il diritto alla pensione.

Gli orfani e le orfane perdono il diritto alla pensione con la maggiore età, e le orfane in qualunque caso, se contraggono matrimonio (art. 24, t. u.).

La misura della pensione spettante alla vedova e agli orfani che si trovano nelle condizioni di cui agli articoli precedenti, è ragguagliata ad una percentuale della pensione già goduta dall'iscritto o di quella che a questi sarebbe spettata, come segue:

a) vedova senza prole, il 50 per cento;

b) vedova con prole avente diritto a pensione: con un figlio il 60 per cento; con due figli il 65 per cento; con tre figli il 70 per cento; con quattro o più figli il 75 per cento;

c) orfani soli aventi diritto a pensione: un orfano il 40 per cento; due o tre orfani il 50 per cento; quattro o più orfani il 60 per cento.

Quando oltre alla vedova avente diritto a pensione, esista prole di precedente matrimonio, avente anch'essa diritto a pensione, alla vedova senza prole o con figli propri, qualunque sia il numero di essi, sarà corrisposto il 50 per cento della pen-

sione già goduta dall'iscritto o a lui spettante, ed agli orfani di precedente matrimonio il 25 per cento.

Qualora la vedova non avesse la legale rappresentanza dei propri figli, la pensione sarà ripartita nel modo indicato nell'ultimo comma del precedente articolo 23.

Al diminuire del numero dei compartecipi, la misura della pensione sarà variata in conformità delle percentuali suindicate.

La misura della pensione liquidata alla vedova con o senza prole o agli orfani non può essere inferiore alle lire mille (art. 25, t. u.).

La vedova o in mancanza della vedova, gli orfani del sanitario cessato dal servizio o morto per causa avveratasi dopo il matrimonio, e che sia fra quelle considerate nella lett. *d*) dell'articolo 17, ha diritto alla pensione qualunque sia la durata dei servizi prestati dall'iscritto.

La misura della pensione, da determinarsi con le norme di cui all'articolo precedente, non potrà essere inferiore a lire duemila (art. 26, t. u.).

Decorrenza della pensione.

Il godimento della pensione comincia a decorrere dal giorno successivo a quello in cui cessa per il sanitario la titolarità del posto.

Nel caso di un sanitario che presti contemporaneo servizio alla dipendenza di un comune quale medico condotto o ufficiale sanitario o comunque alla dipendenza di più enti, il godimento della pensione comincia a decorrere dal giorno successivo a quello in cui cessa il servizio nel posto con stipendio più elevato.

Le pensioni liquidate saranno pagate a mesi maturati, secondo le norme stabilite per gli impiegati civili dello Stato.

Le rate di pensione non domandate dagli aventi diritto o dai loro aventi causa entro due anni dalla loro scadenza, sono prescritte.

Nè le pensioni, nè gli arretrati di esse, nè le indennità possono cedersi od essere sequestrate, eccettuati i casi contemplati dalle leggi vigenti.

Il sanitario iscritto che dopo aver lasciato il servizio domandi la pensione di cui alla lettera *c*) dell'art. 17 o la indennità di cui all'art. 18 per infermità, deve provare che tale infermità è la stessa o è conseguenza di quella per cui dovette abbandonare il servizio.

Perde il diritto alla pensione o all'indennità di cui al comma precedente il sanitario che non chieda l'accertamento della inabilità entro tre anni dalla cessazione dal servizio (art. 27, t. u.).

Quando il sanitario, a favore del quale sia stata già liquidata la indennità o la pensione, riprenda regolare servizio presso un ente di cui all'art. 1, o, nel caso previsto dal secondo comma dell'articolo 27, continui a prestare servizio nel posto con stipendio meno elevato, potrà continuare a godere della pensione e verrà nuovamente inscritto alla Cassa per conseguire l'indennità o la pensione in ragione del nuovo servizio prestato e secondo le norme della presente legge.

È data facoltà al sanitario di ottenere che la nuova indennità o la nuova pensione gli vengano a suo tempo liquidate in ragione del tempo totale passato in servizio, rifornendo all'Istituto le somme pagategli a titolo di indennità o di pensione, coi relativi interessi composti, rinunciando altresì al godimento della pensione già liquidata, purchè la domanda di reiscrizione sia fatta entro due anni dalla data di riassunzione in servizio.

La nuova indennità o la nuova pensione sarà valutata in base ai contributi sui quali venne liquidato il primo assegno e su quelli pagati dopo la reiscrizione.

In nessun caso, però, il sanitario che goda di una pensione a carico della Cassa, potrà cumulare con essa la pensione di cui alla lettera *d*) dell'articolo 17 (art. 28, t. u.).

Delle domande di pensione.

Le istanze per l'ammissione dei medici condotti e di altri sanitari al godimento della pensione o dell'indennità dovranno essere presentate all'ufficio sanitario provinciale, il quale le trasmetterà alla Direzione Generale della Cassa Depositi e Prestiti e degli Istituti di previdenza regolarmente istruiti (art. 33, t. u.).

Entro 90 giorni dalla comunicazione delle deliberazioni della Cassa, gli interessati possono presentare ricorso alla Corte dei conti in Sezioni Unite, la quale procede con le forme della sua giurisdizione contenziosa.

Questo diritto di ricorso è dato anche alla Direzione generale della Cassa depositi e prestiti e degli Istituti di previdenza, alle provincie, ai comuni e agli Istituti di beneficenza (art. 34, t. u.).

Le pensioni e le indennità saranno pagate nella misura stabilita dalle deliberazioni di conferimento.

La riscossione della pensione non pregiudica il diritto del pensionato, della sua vedova e dei suoi orfani ad ottenere il pagamento della maggiore pensione che ad essi potesse spettare in seguito a decisione della Corte dei conti, nè quello dell'Istituto di ricuperare quanto eventualmente avesse pagato in più, qualora la pensione definitiva risultasse inferiore a quella precedentemente liquidata.

La riscossione dell'indennità da parte degli interessati equivale all'accettazione di essa ed alla rinuncia al diritto di ricorso (art. 35, t. u.).

Riconoscimento gratuito di servizi.

I medici condotti od altri sanitari che, avendone la facoltà, aderirono alla Cassa di previdenza anteriormente alla pubblicazione della legge 2 dicembre 1909, n. 744, hanno diritto al riconoscimento gratuito dei servizi prestati, presso gli enti di cui all'articolo 1 e senza iscrizione alle Casse speciali o ai regolamenti speciali di pensione degli enti stessi, anteriormente al 1° gennaio 1899 e alle successive date di estensione della legge ai veterinari ed agli ufficiali sanitari, per un periodo non superiore ai 15 anni (art. 36, t. u.).

Sarà riconosciuto utile alla liquidazione della pensione o della indennità l'intero servizio in qualunque tempo prestato prima dell'iscrizione alla Cassa presso i comuni, le provincie e le istituzioni di beneficenza dove esistevano regolamenti speciali per le pensioni alla data dell'istituzione della Cassa o delle successive leggi di estensione, restando il relativo onere a carico degli enti stessi.

La pensione o indennità sarà in tal caso liquidata ai termini della presente legge, e ripartita a carico della Cassa e degli enti interessati in relazione alle quote teoriche di pensione o di indennità derivanti dalla totalità dei servizi rispettivamente resi alla dipendenza dei vari enti o con iscrizione alla Cassa, tenendo conto del tempo in cui i servizi stessi furono effettivamente prestati.

Il pagamento dell'intera pensione o della indennità liquidata sarà sempre fatto direttamente dalla Cassa di Previdenza (art. 39, t. u.).

Nessuna assegnazione d'indennità o di pensione potrà essere fatta ai medici condotti o ad altri sanitari quando non siano stati pagati i contributi alla Cassa almeno per 5 anni, ovvero, qualora siasi ottenuto il riscatto di servizi, non sia stato pagato il premio occorrente per riscattare tanti anni quanti ne occorrano per completare il quinquennio, fatta eccezione pei casi di cui agli articoli, 17 lettera *d)* e 39.

Tale disposizione non si applica alle vedove ed orfani (art. 40, t. u.).

* * *

(Le disposizioni seguenti sono aggiunte e sono comprese dall'art. 2, n. 17 del nuovo decreto).

* * *

Art. due.

L'art. 2 riguarda la ripartizione contabile dell'attività della Cassa.

Del riscatto di servizi.

Art. tre.

Ai sanitari iscritti alla Cassa è data facoltà di chiedere il riscatto agli effetti del trattamento di riposo, del periodo di servizio prestato alla dipendenza del Ministero delle colonie senza iscrizione alla Cassa.

A tale effetto il sanitario dovrà presentare domanda nei termini stabiliti nel successivo art. 7 ed assoggettarsi al pagamento di un premio di riscatto nella misura e con le modalità indicate nell'articolo 8.

Art. quattro.

Il servizio prestato nelle colonie con iscrizione alla Cassa e riscattato ai termini dell'articolo precedente, è valutato, agli effetti della determinazione della durata di servizio da tenersi presente nell'applicazione della tabella *A* nel modo previsto dall'articolo 68 del testo unico delle leggi sulle pensioni civili e militari, approvato col Regio decreto 21 gennaio 1895, n. 70.

Art. cinque.

Ai sanitari iscritti alla Cassa è data facoltà di chiedere con le modalità di cui al successivo articolo 7, il riscatto, agli effetti del trattamento di riposo, col pagamento del relativo premio:

a) dei periodi di servizio effettivo prestati dai sanitari non obbligati alla iscrizione, prima della loro iscrizione facoltativa alla Cassa;

b) dei servizi interinali o provvisori prestati prima o dopo la iscrizione alla Cassa, purchè con nomina e corresponsione diretta di stipendio da parte dell'ente alla cui dipendenza furono resi;

c) del periodo di servizio di esperimento prestato nei comuni, con nomina regolare, ma senza percezione di stipendio, prima dell'attuazione della legge 22 dicembre 1888, n. 5849 (serie terza);

d) degli anni corrispondenti alla durata legale dei corsi universitari necessari per il conseguimento della laurea richiesta per l'ammissione in servizio;

e) del servizio militare obbligatorio prestato in qualunque tempo senza contemporanea iscrizione alla Cassa.

(Continua).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio.* — **Primario medico. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 21.**

ESPERIA (*Caserta*). — Scad. 24 giugno. Vedi fascic. 23.

FORNI AVOLTI (*Udine*). — Scad. 20 giu. L. 8000 oltre L. 3500 mezzo trasp., L. 500 uff. san., doppio caro-viv.

GRUMELLO CREMONESE (*Cremona*). — Alle ore 16 del 17 giugno. Vedi fasc. 22.

GUARDIA VENETA (*Rovigo*). — Scad. 15 giugno. Vedi fasc. 23.

LENOLA (*Caserta*). — Ab. 3175. L. 6000 pei pov. Età lim. 40. Scad. ore 12 del 15 luglio.

LEONESSA (*Aquila*). — A tutto 25 giugno. Vedi fasc. 23.

MESOLA (*Ferrara*). — Scad. 15 giugno. Vedi fascicolo 23.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Dirigente, vice-dirigente e assistente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico; dirigente e vice-dirigente dell'Ambulat. Comun. Ostetrico Ginecolog. e di quello Odontoiatrico; medico assistente dell'Ambul. Com. di Medic. interna. Annue L. 2500 pei dirigenti, L. 2000 pei vice-dirig., L. 1200 per gli assist. Non meno di due ore di serviz. giornal. escluse le domeniche e 30 giorni di vacanza annuale. Anno di prova; nomine quinquennali pei dirigenti, triennali per i vice-dirig.; biennali per gli assist.; conferme. Età lim. 39. Serv. entro 15 g. Chiedere annunzi e informazioni alla Direzione. Scad. ore 16 del 30 giugno. Documenti all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale, 5).

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Capoluogo, compl. circa L. 12,500, oltre due c.-v. Ab. 3300. Mezzo trasporto a carico dei richiedenti. Età limite 35, salvo per chi sia già iscritto. C. P. Cert. situazione famiglia, iscriz. ad un Ordine.; cert. non anter. di tre mesi al 23 maggio. Aria saluberrima. Acqua pot. Luce elettr. Ferrovia a 5 km. Scadenza 1° luglio.

OCCHIEPPO INFERIORE (*Novara*). — L. 6000 per 300 pov. su 278 ab.; inscritti 30; L. 500 per uff. san.; doppio c.-v. Scad. 20 giugno.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — **Medico primario del Reparto tubercolosi polmonare, padiglione «Da Monte e «Camerini». Scad. ore 17 del 20 luglio. Vedi fasc. 21.**

PORTÙLA (*Novara*). — L. 6000 per 200 pov. su 213 addizion.; L. 500 uff. san.; doppio c.-v. Scadenza 15 giugno.

RAPAGNANO (*Ascoli Piceno*). — A tutto 15 giugno. Età lim. 45; L. 6500 resid.; L. 1000 per 1000 pov.; addizion. L. 2.50; L. 3000 cavalc.; tre sessenni di due decimi ciasc.; L. 500 uff. san.; L. 100 mensili caro-viv., ecc.; L. 4500 temporaneamente per i non facoltosi non poveri. Ab. 1752.

SALGAREDA (*Treviso*). — Scad. 19 giu. L. 6000 fino a 1000 pov. e addizion. L. 2; L. 2500 trasp.; L. 500 se uff. san.; due c.-v.

SASSOCORVARO (*Pesaro e Urbino*). — A tutto il 15 giugno. Vedi fasc. 23.

S. LORENZO IN CAMPO (*Pesaro*). — Scad. 15 giu. Per S. Vito sul Cesano. L. 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 1200 indenn. c.-v., L. 1500 cav., L. 1500 disag. resid.; addizion. L. 3 sopra i 500 pov.

S. NICOLA LA STRADA (*Caserta*). — Scad. 30 giugno. Stip. L. 6000 lorde, assistenza soli pov.; aumentabili di un decimo per ogni quinquennio; una indenn. caro-viv. Età limite 40 anni.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 4 lug. Due cond.; L. 13,000 ciascuna oltre c.-v. di L. 100 per ammogliati, L. 65 per celibi.

TODI (*Perugia*). — Al 30 giu., per 9 frazioni; L. 6000 oltre L. 1000 disag. resid. e disag. servizio; due c.-v.; L. 3600 (variab.) mezzo trasp., assicur. Serv. entro 20 giorni.

Medico-chirurgo, biennio assistentato clinica chirurgica, pratico ramo infortuni, cerca posto od interinato presso Società assicurazioni, stabilimento industriale, stazione climatica, condotta, ecc., preferibilmente Piemonte e Liguria. Scrivere: Bertinotti Giovanni - via Misericordia, 1 - Torino.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Tagliolo Monferrato (Alessandr.).

Revoca di diffide: Codigoro (Novara).

Nuovi boicottaggi: Tonco (Alessandria).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'« Académie de Médecine » di Parigi ha eletto corrispondente straniero il prof. Giuseppe Sanarelli di Roma.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Filippo Auriti in clin. otorinolaring. a Roma; Giacinto Gatti in patol. medica a Napoli; Pasquale Longo e Ignazio Visco in clin. dermosifilop. a Catania; Giuseppe Reina in patol. medica a Parma.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Alessandro Pennini in patol. chirurgica da Roma a Messina; Prassitele Piccinini in materia medica e farmacologica da Parma a Pavia; Gaetano Salvioli in batteriologia da Firenze a Padova.

Il dott. Filippo Rizzola di Musile di Piave (Venezia) è nominato cavaliere della Corona d'Italia per meriti speciali acquistati durante la guerra ultima in zona di operazione.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso internazionale di Medicina e di Farmacia militare.

Si è svolto a Roma con larghissimo intervento di rappresentanti stranieri.

La solenne inaugurazione ebbe luogo al Campidoglio il 28 maggio, alla presenza del Re, dei ministri Mussolini, Diaz, Thaon de Revel, del Regio Commissario sen. Cremonesi, di altre autorità civili e militari; il discorso inaugurale fu pronunziato dal gen. med. Della Valle, animatore instancabile dell'organizzazione.

Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Il Convegno dei malariologi stranieri.

È venuto svolgendosi secondo il programma predisposto dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. Hanno avuto luogo un breve soggiorno alla Scuola di preparazione antimalarica di Nettuno, escursioni ad Ostia, a Fiumicino, alle Paludi Pontine, ecc.; sono state tenute conferenze dai professori Nocht, V. Ascoli, Bignami, Messea. Il programma è tuttora in corso di esecuzione.

Su proposta del sen. Grassi, il Convegno ha votato un ordine del giorno, trasmesso alla Società delle Nazioni pel tramite della Direzione Generale della Sanità, affinchè sorgano uno o più Istituti adibiti allo studio entomologico, immunologico e terapeutico della malaria.

Congresso per l'assistenza ai minorenni.

Con l'intervento dei ministri Oviglio e Gentile, del comm. Del Vecchio, in rappresentanza del Regio Commissario e di altre autorità, si è inaugurato in Roma il Congresso Nazionale per l'assistenza ai minorenni traviati o abbandonati.

Parlarono il comm. Patellani, il ministro Gentile, il comm. Del Vecchio, il prof. Conti.

I lavori si sono svolti nutriti e proficui.

Il primo Convegno delle medichesse italiane.

Vedono ora la luce, con qualche ritardo, gli « Atti del I Convegno dell'Associazione Nazionale Italiana delle Dottoresse in Medicina e Chirurgia ». Essi costituiscono un'affermazione di femminilità intelligente e operosa. In seno al Congresso sono stati svolti varî temi che concernono la missione civile e umanitaria della donna: la tutela della donna e la tutela del fanciullo, la lotta contro le malattie sociali, l'assistenza agli ammalati. Questi argomenti sono stati affrontati con serietà d'intendimenti e con preparazione severa: le dottoresse italiane non intendono tradire la loro femminilità, ma portare un contributo efficace alla vita sociale, valorizzando le speciali attitudini della donna nel campo professionale.

III Congresso d'Igiene scolastica.

Avrà luogo a Venezia e sarà abbinato al Congresso dell'Associazione Italiana per l'Igiene.

I due Congressi avranno programma unico. Ne verrà maggiore autorità e importanza ai voti che saranno formulati.

Società Medico-chirurgica della Romagna.

Si è costituita con sede presso l'Ospedale Civile di Faenza.

Essa raccoglie in un'opera concorde di miglioramento colturale tutti i primari e molti medici della Romagna (provincie di Forlì e di Ravenna e circondario d'Imola) e a questo scopo terrà sedute e convegni, i risultati dei quali saranno resi pubblici attraverso i periodici di medicina.

Presidente della Società è il prof. Alberico Testi; segretario il dott. Paolo Galli.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Un ciclo mensile riservato ai medici condotti viene svolto dal 1° al 30 giugno. Comprende corsi di tirocinio clinico affidati ai proff. Galli, Carducci, Lugli, R. Bastianelli, Margarucci, Ferretti, De Fabi, Pediconi, Puccioni, Geronzi e Micheli; corsi speciali affidati ai proff. Valagussa, Mancini, Ascarelli, Panegrossi, Gualdi, Esdra, Ferretti, Raimondi, Pietravalle; conferenze dei proff. Galli e Bignami.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Presso la Facoltà medica di Vienna si terranno:

un corso internazionale di perfezionamento per medici rurali, dal 17 al 29 settembre; seguiranno esercitazioni di seminario dal 1° al 6 ottobre (tassa per gl'italiani 200,000 corone);

un corso internazionale in laringo-otologia dal 3 al 15 dicembre;

un corso internazionale in medicina interna, pediatria e neurologia nel febbraio 1924;

una serie di corsi in tutti i rami della medicina durante il ciclo luglio-settembre.

Per programmi, informazioni, adesioni, rivolgersi alla Facoltà Medica (Wien I, Ring des 12 November, Universität).

Conferenze.

Il prof. M. L. Patrizi ha tenuto all'Accademia scientifica di Modena quattro letture sulla «psico-fisiologia del lavoro manuale e intellettuale».

Viaggio di Studenti americani in Italia.

Avrà luogo ad iniziativa della «Italy-American Society» e si inizierà il 30 giugno partendo da New York; i gitanti giungeranno in Italia il 14 giugno, attraverso la Francia e la Svizzera; visiteranno Torino, Genova, Roma, Napoli, Pompei, Amalfi, Capri, Perugia, Assisi, Firenze, Pisa, Bologna, Ravenna, Cortina, Innichen, Trento, Milano, lago di Como e torneranno in Francia attraverso la Svizzera.

Studenti scozzesi a Parigi.

Anche quest'anno, come nel 1921 e nel 1922, una rappresentanza di studenti e di studentesse scozzesi si è recata a Parigi per un breve corso di perfezionamento; 46 studenti sono stati distribuiti tra gli Ospedali Baudelocque e Tarnier; 15 studentesse furono aggregate all'Ospedale della Pitié.

Riforma delle Scuole medie e insegnamento delle Scienze.

La Facoltà delle Scienze di Pavia, in seguito ad una diligente discussione, ha approvato un ordine del giorno in cui deplora che l'insegnamento delle scienze sia stato quasi bandito dalla scuola media italiana quale è stata riformata dal ministro Gentile; si dichiara intimamente persuasa che il provvedimento avrebbe le più gravi ripercussioni sul livello già molto basso della cultura media nazionale e della preparazione agli studi superiori; crede suo dovere di esprimere al ministro e al presidente del Consiglio la propria angosciosa preoccupazione e profonda amarezza per la decretata riforma.

Vittima di un investimento automobilistico, è morto a Napoli il prof. Alberto Solaro, libero docente di pediatria, medico del municipio; per lunghi anni era stato consigliere dell'Ordine. Contava 67 anni. Godeva di larghe simpatie ed era molto apprezzato come professionista.

Indice alfabetico per materie.

Agonia ed anestesia . . . . Pag. 784
Arteriosclerosi intestinale . . . . . » 782
Aspirina: idiosincrasia da — . . . . » 784
Bibliografia . . . . » 776
Emottisi: trattamento . . . . . . » 783
Endocrinologia: importanza in medicina . » 773
Encefalite letargica: l' — . . . . . . » 779
«Flutter» auricolare . . . . » 761
Idrologia: Congresso . . . . » 745
Infezioni puerperali: irrigazioni endo-uterine . . . . » 783
Ipertensione arteriosa . . . . » 780
Medicina interna: comunicazioni varie . » 781
Metilarsinato sodico per iniezioni . . . » 784
Osteopsatirosi idiopatica e sistema endocrino: rapporti . . . . » 775
Ostetricia e ginecologia: comunicazioni varie . . . . Pag. 778
Pensioni dei sanitari: le nuove disposizioni . . . . » 786
Rachiostovainizzazione: sulla — . . . . » 767
Ragade anale: contro il dolore . . . . » 782
Scapole alate . . . . » 783
Secrezioni interne: mezzi di controllo . . » 774
Stomaco: trattamento della ptosi e della dilatazione . . . . » 782
Sifilide: genesi ed invasione in Italia . . » 771
Sindrome di Fröhlich nei tumori sopra-pituitari . . . . » 775
Tubercolosi: per una più coordinata lotta contro la — . . . . » 770

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXX Roma, 18 giugno 1923 Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: P. Fornara: La reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano.

Note di tecnica: C. Antonucci: Proposta di un perfezionamento nel trattamento ideale delle cisti da echinococco sterili del polmone.

Sunti e rassegne: GINECOLOGIA ed OSTETRICIA: E. Pestalozza: La tubercolosi genitale della donna. — S. Adler: Sugli edemi delle gravide. — P. Gaifami: Sulla sedimentazione delle ematie nel campo ginecologico. — P. Gaifami: Corpo luteo e mola vescicolare.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Roma. — R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. — Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Milano. — R. Accademia Peloritana. Messina.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA e TERAPIA: Sistema nervoso: Sintomi di allarme nella meningite tubercolare dell'adulto. — Sulla corea di Sydenham. — Il trattamento delle sequele dell'encefalite epidemica. — Sciatica e malattia sacroiliaca — La demenza senile. — Lo shock da elettricità ed il suo trattamento. SEMEIOTICA: Le iniezioni di adrenalina per la riattivazione della malaria latente. — La mobilitazione del meningococco. — MEDICINA SOCIALE: La lotta contro la tubercolosi in Prussia. — POSTA DEGLI ABBONATI — VARIA.

Politica sanitaria e giurisprudenza: Le nuove disposizioni per le pensioni dei sanitari. — Questioni pratiche.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Cronaca epidemiologica.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

LABORATORIO MEDICO-MICROGRAFICO
DEL MUNICIPIO DI NOVARA
diretto dal dott. P. BANDINI.

La reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano.

Dott. PIERO FORNARA.

L'aver avuto l'opportunità di osservare e di studiare quest'anno a Novara un discreto numero di Meningiti tubercolari e l'avere trovato in qualcuna di esse un reperto inatteso all'esame biologico del liquido cefalo-rachidiano, mi inducono a pubblicare questa nota preliminare.

Passo senz'altro a esporre in riassunto questi casi a cui farò seguire le considerazioni e le conclusioni che me derivano.

Il *primo caso* è quello di una bambina di dieci anni, G. Regina, bella e robusta figliuola, che entra all'Ospedale Maggiore nella 1ª Sezione di Medicina, diretta da mio padre, il 24 maggio 1922: l'a. è la terza di quattro figli vivi e sani, i genitori sono vivi e godono ottima salute, e la madre riferisce che la piccola non ebbe mai malattie degne di nota e che ammalò bruscamente 6 giorni prima dell'entrata con cefalea violenta e febbre alta. All'esame obbiettivo si nota che l'a. giace in decubito laterale in posizione coatta di *chien de fusil*: sensorio discretamente libero; cefalea intensa a predominanza occipitale. Pupille ben reagenti alla luce ed all'accomodazione. Addome retratto ed alvo stittico. Riflessi tendinei e periostei difficili a provocare per la notevole rigidità generale: Kernig intenso e notevole rigidità nucale; intenso dermografismo rosso. Polso lievemente bradicardico rispetto alla temperatura, ma perfettamente ritmico. Modica micropoliadenia e subottusità del lobo superiore polmonare destro. Temperatura oscillante tra 38°.7 e 39°.2.

Il giorno 26 pratico una prima puntura lombare: il liquido esce a forte zampillo, limpidissimo.

All'esame: 80 cellule (linfociti) per mmc. (240 al contaglobuli di Fuchs-Rosenthal).

Notevole aumento delle albumine: Pandy + + +. Boveri positivo in 60". Aumento delle globuline: Nonne-Apelt-Ross-Jones positivo in 2 minuti.

Zucchero diminuito: positiva la reazione dell'ipoglicorachia di Mestrezat = al dosaggio col Martini = 0.20 ‰. All'esame diretto non si trovano microbi: si inocula una cavia in peritoneo col sedimento ottenuto per centrifugazione prolungata di 10 cmc. di L. C. R. Il giorno 28 una seconda puntura lombare dà L. C. R. analogo, che contiene 120 cellule per mmc.

Intanto lo stato generale, dopo un fuggevole apparente miglioramento, precipita: compaiono midriasi e insensibilità corneale, paresi del facciale di destra, stato soporoso, respiro periodico.

Il 30 si pratica una terza puntura lombare: il liquor è ora lievemente torbido e lasciato a sè forma la classica ragnatela: albumina e globulina fortemente aumentate; cellule 1200 per mmc. Inoculazione in cavia. L'a. muore il 30 alle ore 13: non ci è concessa l'autopsia. Le due cavie inoculate, sacrificate la prima il 23-VI, la seconda il 30-VI, rivelano tipiche lesioni iniziali di tubercolosi peritoneale e miliare. Il giorno 30 pratico la reazione di Wassermann col L. C. R. delle tre punture lombari, fresco e inattivato per mezz'ora a 56° (1): col L. C. R. estratto il 26 e il 28 è negativa in tutti i modi; col L. C. R. estratto in mattinata la reazione è positiva con 0.1-0.3-0.5-0.7-1.0 di L. C. R. fresco, dopo 1 ora di termostato e dopo 24 ore di conservazione in ghiacciaia si conserva positiva a 0.1 e 0.3, si fa dubbia a 0.5 e negativa a 0.7 e 1.0; col L. C. R. inattivato è subito negativa a tutte le dose da 0.1 a 1.0.

Le reazioni di Wassermann sul siero di sangue dell'a. e della madre sono negative sia con l'antigene I. S. M. che con l'antigene colesterinato alla Sachs: pure negative le Sachs-Georgi.

Caso secondo. — Il 1° agosto mio padre è chiamato in consulto a Omegna dal dottor Manfredi per un giovanotto di 28 anni il cui padre, già affetto da Pott, morì di affezione polmonare (tubercolare?) a decorso lento: l'a. è l'ultimo di 4 figli vivi e sani; dopo di lui sono un fratello morto in guerra e una sorella morta nella prima infanzia: l'a., ammogliato da un anno circa, presentò nel 1915 linfomi fistolosi di presunta natura tubercolare, di cui persistono le traccie: l'attuale malattia iniziò bruscamente in pieno benessere 5 giorni fa con sintomi meningei a febbre elevata. All'esame obbiettivo sindrome meningea completa con psiche discretamente libera: temperatura oscillante tra 38° e 39°; polso lievemente bradicardico (80 P. a una T. di 38.5), ritmico. Viene praticata una puntura lombare che fa uscire un L. C. R. sotto forte pressione: esso è limpido e lasciato a sè non fa ragnatela, ma lascia depositare numerosi piccoli coaguli fibrinosi: contiene una forte quantità di albumina (reazione di Pandy + +; reazione di Boveri positiva in 65") e di globuline (Nonne-Apelt stratificata positiva immediatamente); diminuite le sostanze riducenti (glucosio dosato col metodo di Martiri 0.15 ‰); cellule 37 per mmc. = 112 al contaglobuli di Fuchs Rosenthal. Le cellule sono in massima parte (72 %) linfociti e grandi mononucleari (23 %) con scarsissimi polinucleati (5 %). Reazione di Wassermann col L. C. R. praticate il 2 agosto, circa 18 ore dopo la P. L. = col L. C. R. fresco intensamente positiva con le diverse dosi (0.1-0.2-0.3-0.4-0.5-0.7-1.0) dopo un'ora di termostato; dopo 24 ore di temperatura d'ambiente (circa 28°) la reazione è ancora positiva a 0.1-0.2-0.3; dubbia a 0.4; negativa a 0.5-0.7-1.0.

Col L. C. R. inattivato = dubbia (emolisi incompleta) a 0.1 e 0.2; negativa con le dosi maggiori.

Il dott. Gaidano di Torino pratica dietro mia preghiera la reazione al Benzoino colloidale su tale L. C. R. e me ne comunica i risultati: 0 0 1 2 2 1 2 2 2 2 0 0 0 0 0 0. Inoculo intraperitonealmente una cavia col sedimento di 10 cmc. di tale L. C. R. e la cavia sacrificata il 5 settembre presenta lesioni di tubercolosi ghiandolare e viscerale disseminata.

L'a. muore il 4 agosto dopo due giorni di sintomatologia bulbare.

Terzo caso. — C. Aldo, giovine esile e magro, di 17 anni. Entra in Ospedale nel I Reparto il 9 agosto 1922: nell'anamnesi famigliare si nota che il padre morì a 35 anni di tubercolosi polmonare: l'a., che è figlio unico, non fece in precedenza malattie degne di nota; ammalò nello scorso gennaio di pleurite essudativa destra, che dopo un lieve miglioramento recidivò nel maggio, da allora perdura febbre, tosse ed il medico curante diagnosticò una tubercolosi dell'apice destro: da dieci giorni è comparsa una intensa cefalea.

All'esame obbiettivo, oltre ai segni di una infiltrazione apicale bilaterale e di pleurite alla base di destra, si notano: Kernig, rigidità nucale, dermografismo rosso, ventre retratto. Temperatura oscillante tra i 37°.5 e i 38°5.

Il giorno 11 pratico una puntura lombare: il liquor esce a goccie ravvicinate, chiaro, ma visto in profondità è di colorito lievemente giallo-verdognolo e pare più denso, più vischioso dell'acqua di roccia: lasciato a sè per 4 ore dà una tipica ragnatela. Vi si contano 340 cellule per mmc. (linfociti e cellule endoteliali). L'albumina vi è fortemente aumentata (Pandy + + +; Boveri positiva in 50"); le globuline sono pure in aumento (la Nonne-Apelt per stratificazione è fortemente positiva immediata). Le sostanze riducenti sono diminuite alla reazione di Mestrezat e alla reazione di Martiri (glucosio gr. 0.28 ‰).

La reazione di Wassermann sul L. C. R. fatta in giornata dà i seguenti risultati:

dopo 1 ora di termostato a 37°:

a L. C. R. fresco = 0.1 + + +; 0.25 + + +; 0.4 + + +; 0.5 + +; 0.7 + +; 1.0 + +.
a L. C. R. inattivato = 0.1 ±; 0.3; 0.5 —; 0.7 —; 1.0 —.

dopo 5 ore di termostato:

a L. C. R. fresco = 0.1 ±; 0.25 —; 0.4 —; 0.5 —; 0.7 —; 1.0 —.
a L. C. R. inattivato tutto negativo.

La reazione di Wassermann viene ripetuta sullo stesso L. C. R. il 15 e anche a liquor non inattivato dà già dopo un'ora di termostato risultati negativi.

La reazione al Benzoino colloidale praticata dal dott. Gaidano dà i seguenti risultati: 0 1 2 2 2 2 2 2 2 1 0 0 0 0 0 0.

La sieroreazione di Wassermann praticata

---

(1) Tutte le Wassermann nel L. C. R. qui come nei casi seguenti furono praticate con la tecnica classica originale, a dosi scalari di L. C. R. (*Auswertungsmethode di Hauptmann*) e con l'antigene dell'Istituto Sieroterapico Milanese: qualche volta furono eseguite in aggiunta anche reazioni con un antigene di laboratorio colesterinato alla Sachs ottenendo risultati sensibilmente uguali: il L. C. R. era sempre limpido (liquor della III provetta) o quando era necessario fu centrifugato.

col siero di sangue fu negativa: così pure negativa la sieroreazione di Sachs-Georgi. Intanto lo stato generale dell'a. si aggrava: compaiono delirio, tendenza comatosa, convulsioni e paresi del facciale di destra: dopo un fuggevole miglioramento nei giorni 15 e 16 l'a. si aggrava ancora e muore il 19.

La cavia inoculata col sedimento di questo L. C. R. e uccisa il 23 settembre presentava lesioni tubercolari al punto di innesto e tubercoli miliari disseminati.

Accanto a questi tre casi di Meningite tubercolare voglio riassumere un caso di morbo di Pott con probabile pachimeningite ipertrofica tubercolare e con compressione midollare che esporrò per esteso in separata sede col dott. Monguzzi: trattasi di un soldato ventunenne che dopo aver avute parecchie riprese di pleuriti tubercolari è preso da febbre e dolori radicolari toracici con rapida comparsa di una paraplegia a tipo spastico: durante la degenza dell'a. nell'Ospedale Militare al reparto diretto dal dott. Monguzzi furono praticate tre punture lombari: tutte e tre diedero un liquor con reperto tipico di dissociazione albumino-citologica (albumina più di 2 grammi ‰; globuline in forte aumento; cellule 1-3 per mmc.). La reazione di Wassermann col primo L. C. R. fu negativa sia a liquor fresco che a liquor inattivato; devo però far notare che la reazione di Wassermann fu praticata per necessità di laboratorio quattro giorni dopo che la puntura lombare era stata fatta.

Le altre due volte la reazione di Wassermann sul L. C. R. eseguita nella giornata stessa della puntura lombare, diede i seguenti risultati:

a L C R fresco con dosi di	0,1 +++.	0,25 +++.	0,5 +++.	0,7 +++.	1,0 +++. dopo 1 ora di termostato.
" " " " "	0,1 +++.	0,25 +++.	0,5 +++.	0,7 +++.	1,0 +++. " 2 " " "
" " " " "	0,1 +++.	0,25 +++.	0,5 +++.	0,7 +	1,0 ± " 3 " " "
" " " " "	0,1 +++.	0,25 ++	0,5 —	0,7 —	1,0 — " 4 " " "
" " " " "	0,1 +	0,25 ±	0,5 —	0,7 —	1,0 — " 5 " " "
" " " " "	0,1 —	0,25 —	0,5 —	0,7 —	1,0 — " 12 " " "

A L. C. R. inattivato reazione completamente negativa già dopo un'ora di termostato a tutte le dosi da 0.1 a 1.0.

La reazione al Benzoino colloidale dà i seguenti risultati: 01.22222122210000.

La reazione di Wassermann sul sangue praticata due volte è sempre negativa anche con un antigene colesterinato alla Sachs, e pure negativa è la Sachs-Georgi.

***

Un tale comportamento del liquido cefalorachidiano in affezioni meningee infiammatorie o meccaniche non luetiche mi indusse a riprendere lo studio della reazione di Wassermann e a ricercare nella letteratura se qualche cosa di analogo fu trovato da altri.

Ai risultati della reazione del Benzoino colloidale accennerò brevemente perchè credo che il mio carissimo amico dott. Gaidano che da tempo con serietà di intenti e con diligente cura si occupa di tale reazione ne tratterà tra poco per esteso. I reperti dei miei due casi (n. 2 e n. 3) di Meningite tubercolare e del caso di Pott, presentano un tipo di reazione mista perchè da un lato prolungandosi verso destra hanno il tipo della reazione delle Meningiti, dall'altro iniziandosi alla seconda provetta assumono il tipo della reazione positiva luetica paradossa per insufficiente dissociazione elettrolitica dei cloruri (Porcelli (1)): la si direbbe cioè il tipo di reazione di una meningite sifilitica acuta o di una meningite in un sifilitico o eredosifilitico (Guillain): ad ogni modo si scosta assai dalla curva che Guillain (2) descrive come tipica della Meningite tubercolare (assenza di precipitazione nei tubi di testa: la precipitazione inizia alla V provetta e dura fino alla XI-XII): nè siamo noi i primi a divergere in ciò da Guillain che già Weill, Dufour e Chahovitch (3) e Dible (4) notarono in casi di meningite tubercolare la curva sifilitica con precipitazione nelle zone di concentrazione. Del resto in questi ultimissimi tempi anche Laroche (5) pubblicò di ave-

(1) R. PORCELLI. *Per la conoscenza della reazione di precipitazione del benzoino colloidale nel liquido cefalo-rachidiano.* Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, fasc. II, 1922, pag. 506.

(2) G. GUILLAIN, G. LAROCHE et P. LECHELLE. *La réaction du benjoin colloïdal dans la méningite tuberculeuse.* Comptes-Rendus de la Société de Biologie, t. LXXXIV, 15 janvier 1921, pag. 81.

(3) E. WEILL, A. DUFOUR et X. CHAHOVITCH. *Sur la réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec les liquides céphalo-rachidiens pathologiques.* Réunion biologique de Lyon, 4 juillet 1921.

(4) J. HENRY, DIBLE. *The colloidal benzoin reaction in the cerebro-spinal fluid.* The Lancet, vol. CCII, 3 juni 1922, pag. 1090.

(5) G. LAROCHE. *Le reazioni colloidali del liquido cefalo-rachidiano.* Bulletin Médical, n. 26, 1922, riferito in « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche », n. 81, 8 ottobre 1922, pag. 960.

re ottenuto nel 15-18 % dei casi di meningite tubercolare una curva di precipitazione del benzoino colloidale squisitamente sifilitica con inizio fino dalle prime provette.

Lo stesso vale per la medesima reazione nei casi di compressione cerebrale o midollare: Guillain scrive di avere avuto un benzoino colloidale a tipo sifilitico in tre casi di liquidi cefalo-rachidiani xantocromatici in cui nulla parlava per la lue e fra di noi Ferrero (1) ottenne lo stesso risultato in due casi di tumore cerebrale: a questi noi possiamo aggiungere il nostro caso di compressione del midollo dorsale per morbo di Pott.

***

Ma quel che più mi interessa è il reperto della reazione di Wassermann positiva sul L. C. R. di questi casi in cui nessun dato parlava per la lue nell'anamnesi e nell'esame obbiettivo e in cui la reazione di Wassermann nel sangue era negativa: un tale reperto però non è nuovo, e con accurate ricerche bibliografiche ho potuto raccogliere un buon numero di casi analoghi.

Il primo autore che pubblicò di aver ottenuto una Wassermann positiva nel L. C. R. di una meningite tubercolare è Zaloziecki (2): seguirono le osservazioni simili, a proposito di meningiti tubercolari e di meningiti purulente, di Hauptmann (3), di Mucha (4), di Kronfeld (5): tali casi io cito per amore di completezza pur osservando che sono tutti o quasi assai discutibili perchè in essi o non furono fatte le necessarie ricerche per eliminare la sifilide (casi di Kronfeld) o addirittura questa coesisteva con certezza con la meningite da altra natura (come ad esempio nei tre casi, due di meningite tubercolare e uno di meningite purulenta otogena, di Mucha). Per lo stesso motivo non farò che ad accennare ai casi

(1) A. FERRERO. *La reazione del benzoino colloidale sul liquido cefalo-rachidiano.* Il Policlinico, Sez. Pratica, n. 3, 26 gennaio 1922, pag. 77.

(2) ZALOZIECKI. Monatschrift für Psychiatrie 1909 (Festschrift für Flechsig), citato da JAHNEL.

(3) HAUPTMANN. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 42, citato da JAHNEL.

(4) V. MUCHA. *Ueber Salvarsanbehandlung der Syphilis.* Wiener Klinische Wochenschrift, n. 28, 13 Juli 1911, pag. 1012.

(5) KRONFELD. Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie. Band 1, 1910, citato da JAHNEL.

francesi di Gougerot (1) e di Vincent ed a quelli pubblicati da Zaloziecki (2) in un successivo lavoro. A Jahnel (3) spetta indiscutibilmente il merito di aver fatto nel 1915 il primo lavoro d'insieme, sintetico e critico sull'argomento: in esso egli oltre al raccogliere e a vagliare i precedenti casi della letteratura ne espose 4 proprii che raccoglie in due categorie: nei primi due coesisteva certamente una meningite tubercolare con una sifilide certa o probabile, ma negli altri due pure di meningite tubercolare nè l'esame clinico nè l'esame sierologico del sangue nè l'esame anatomico macro- e microscopico lasciavano sussistere la possibilità della lue e ciò nonostante la Wassermann nel liquor era positiva.

Successivamente osservazioni analoghe fece Kramer (4) in un caso di meningite tubercolare e in uno di meningite meningococcica e le pubblicò sulla *Münchener Medizinische Wochenschrift* offrendo lo spunto a una piccola polemica, poichè se Zadek (5) espose cinque casi simili, tre di meningite meningococcica, uno di meningite pneumococcica e uno di meningite tubercolare, Plaut (6) sorse a difendere la specificità della Wassermann, sostenendo che in tali casi si deve trattare di meningiti non sifilitiche sopravvenute in individui sifilitici.

Poco più tardi Eicke (7) scriveva di avere egli pure osservato non di raro reazioni di Wassermann positive nel L. C. R. di meningiti tubercolare e di avere anzi avuto in tre di questi casi positiva anche la Sachs-Georgi nel liquor, e più recentemente lo stesso autore in un lavoro fatto in collaborazione con Löwemberg ritornava sullo stesso argomento. L'anno

(1) GOUGEROT. *Réaction de Wassermann.* Journal Médical Français, 1911.

(2) ZALOZIECKI. Archiv für Hygiene. Band 80, citato da JAHNEL.

(3) FR. JAHNEL. *Ueber das Vorkommen und die Bewertung positiver Wassermann'scher Reaktion im Liquor bei Meningitis.* Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde, 1915, Band 56, Heft 1, VII, pag. 235.

(4) C. KRAMER. *Ueber positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer Meningitis.* Münchener medizinische Wochenschrift, n. 41, 8 oktober 1918, pag. 1131.

(5) B. ZADEH. *Ueber positiven Wassermann im Liquor bei nicht luischer Meningitis.* M. M. W., n. 51, 7 dezember 1918, pag. 1435.

(6) F. PLAUT. *Ueber positiven Wassermann im Liquor bei nicht luetischer Meningitis.* M. M. W., n. 45, 5 november 1918, pag. 1247.

(7) H. EICKE. *Vergleichende Untersuchungen Zwischen der Wassermannschen Reaktion im Liquor und den Flockungsmethoden nach Hermann-Perutz und Sachs-Georgi.* Medizinische Klinik, n. 51, 21 dezember 1919, pag. 1314.

scorso Lesser (1) pubblicò di aver ottenuto più volte reazioni di Wassermann positive nel L. C. R. di meningiti tubercolari e discusse le modalità di queste reazioni non specifiche. Infine quest'anno stesso Terzani (2) scrive di aver trovato nel 18 % delle affezioni meningee non sifilitiche, in casi di meningite meningococcica, di meningite purulenta otogena, di poliomielite anteriore acuta, di tetano cefalico una Wassermann positiva nel liquor.

Anche nella encefalite letargica alcuni autori trovano la Wassermann positiva nel L. C. R.: un tale reperto notarono in singoli casi isolati Louis Ramond (3), Achard, Dircks Dilly e specialmente, in sei casi, Duhot e Crampon (4): ma si deve trattare di reperti eccezionali poichè in più di trenta liquidi cefalorachidiani da me esaminati con la massima cura in tale affezione mai io ebbi a osservare una tale eventualità.

In cinque casi di carcinosi generalizzata v. Dungern ed Halpern (5) trovarono Wassermann positiva nel L. C. R.; ma ben più spesso si trovò un tale reperto in casi di affezioni che aumentano la pressione endocranica o endorachidea e di conseguenza causano la ben nota sindrome di dissociazione albumino-citologica e di xantocroma del liquor. Qui il merito maggiore delle ricerche spetta ai francesi: Vincent (6) fin dal 1912 avendo osservato su 400 esami in sette casi di compressione cerebrale una Wassermann positiva nel liquor pubblicò il primo lavoro sistematico: a parte i primi tre casi in cui coesiste la sifilide con l'affezione che comprime il cervello (probabile meningite sierosa nei primi due casi, tumore maligno nel terzo) nei quattro successivi era certa la presenza di un neoplasma cerebrale e la lue era esclusa e dalla Wassermann negativa sul sangue e dall'assenza di ogni dato che parlasse per esso nell'anamnesi e nell'esame obbiettivo.

Casi analoghi ma in tumori midollari osservò e pubblicò Gendron (1) nella sua tesi: in Germania Stern (2) espose un caso che però è ben più discutibile in quanto a un sarcoma dell'angolo ponto-cerebellare coesisteva una malaria e la Wassermann era positiva oltre che nel liquor anche nel sangue. Più netti paiono invece i casi di glioma cerebrale a cui accenna Lesser (l. c.) e quello che Eicke e Löwenberg espongono nel già citato lavoro, caso di tumore midollare in cui la Wassermann positiva sul liquor fu sul punto di fare sviare la diagnosi ma la reazione all'oro colloidale deviata verso destra fece eliminare la lue. Ancora in Francia Guillain (3) osservò una analoga reazione non specifica nel L. C. R. in un caso di compressione midollare per fibroma endorachideo in un morbo di Recklinghausen e in un successivo lavoro con Laroche (4) raccolse tre casi di liquidi xantocromatici in cui la reazione di Wassermann e la reazione al benzoino colloidale erano positive sul L. C. R. fresco, negative sul liquor inattivate. Nel morbo di Pott non mi consta che sia stato mai osservato un tale reperto: Si-

(1) FR. LESSER. *Müssen Pünktionsflüssigkeiten für die Wassermannsche Reaktion inaktiviert werden?* Archiv für Dermatologie und Syphilis-Originalien, Band 131, 1921, pag. 87.

(2) A. TERZANI. *Sulle principali reazioni del liquido cefalo-rachidiano nelle malattie del sistema nervoso con speciale riguardo alla neurosifilide.* Rivista critica di clinica medica, n. 9 e 10, 25 marzo e 5 aprile 1922, pag. 97, 109.

(3) LOUIS RAMOND. *A propos d'un cas d'encéphalite léthargique à forme ambulatoire.* Journal des Praticiens, n. 49, 6 décembre 1919, pag. 769.

(4) E. DUHOT et E. CRAMPON. *Encéphalite épidémique et réaction de Bordet-Wassermann.* Société médicale des Hôpitaux de Paris, Séance du 21 avril 1921.

(5) V. DUNGERN und HALPERN. *Ueber Komplementbindungsreaktion mit Liquor cerebrospinalis bei Karzinom.* Münchener medizinische Wochenschrift, 2 september 1919, pag. 1923.

(6) CL. VINCENT. *Présence de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien au cours de maladies nerveuses dont la nature syphilitique n'est pas démontrée.* Société de Neurologie de Paris, séance du 25 avril 1912, in Revue Neurologique, n. 9, 15 mai 1912, pag. 625.

(1) GENDRON. *Étude clinique des tumeurs de la moëlle et des méninges spinales - Contribution à l'étude des localisations médullaires en hauteur.* Thèse de Paris, 1913.

(2) F. STERN. *Ueber positive Wassermannreaktion bei nichtluischen Hirnerkrankungen.* Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 61 Band, 3 Heft, XXVII, März 1920, p. 725.

(3) G. GUILLAIN. *Compression de la moelle cervicale dans un cas de maladie de Recklinghausen.* Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3e série, 37 année, n. 9 (17 mars 1921), pag. 357, séance du 11 mars 1921.

(4) G. GUILLAIN et G. LAROCHE. *Étude de la réaction du benjoin colloïdal et de la réaction de Bordet-Wassermann pratiquées sur les liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques.* Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie, T. LXXXIV, n. 19, pag. 966, séance du 28 mai 1921.

card (1) a proposito della suddetta comunicazione di Guillain disse di non aver mai ottenuto reazione di Wassermann positiva coi liquidi iperalbuminosi delle compressioni midollari da spondilite tubercolare: il nostro caso sarebbe perciò il primo e tanto più importante in quanto in esso il liquor era sì iperalbuminoso ma non presentava i caratteri fisici della xantocromia.

(*Continua*).

(1) SICARD. *Discussione alla comunicazione di Guillain.* Tale discussione non è registrata nel Bollettino della Société médicale des Hôpitaux, ma nella relazione della comunicazione pubblicata sulla Presse médicale, n. 22, 16 mars 1921, pag. 218.

NOTE DI TECNICA.

Proposta di un perfezionamento nel trattamento ideale delle cisti da echinococco sterili del polmone.

Dott. CESARE ANTONUCCI.

Sarò breve nella esposizione di questa mia proposta, per due ragioni: primo, perchè la novità di essa consiste soltanto nell'associazione, anzi successione, di due procedimenti, egualmente ben noti ai chirurgi e ben definiti nei particolari tecnici; secondo, perchè io non ho potuto ancora sperimentare il metodo stesso, non avendo avuto l'occasione di operare echinococchi sterili del polmone, dopo che ho avuta l'idea della modalità tecnica che espongo. Non posso quindi esser sicuro che ulteriori perfezionamenti di dettaglio non debbano esser suggeriti dall'insegnamento della pratica.

Il trattamento ideale delle cisti da echinococco sterili in genere, e di quelle del polmone in particolare, consiste nella sutura senza drenaggio del cavo lasciato dalla cisti.

Fu applicata dapprima nelle cisti del fegato, sia suturando semplicemente le labbra dell'incisione praticata nel fegato per l'estrazione della cisti (Bond, Thorniton, Bobrow), sia dopo *capitonnage* delle pareti del cavo (Delbet). Questo metodo fu utilizzato egualmente per le cisti da echinococco del polmone, sopratutto nella Repubblica Argentina (Arce, Posadas, Vegas e Cranwell, ecc.).

Il Guimbellot ha raccolto nella sua tesi (*Sur le trait. chir. des kystes hydatiques de la Plèvre et du Poumon*, 1910), 21 osservazioni, comprendendo in questo numero un caso di Wood, in cui il drenaggio fu tolto dopo 15 ore, e la riunione avvenne per prima intenzione. I risultati furono buoni in 16 casi, nei quali la guarigione avvenne senza incidenti (1 Jonnesco, 2 Wood, 12 Vegas e Cranwell, 1 Arce). Secondo quest'ultimo i risultati sarebbero cattivi nel 15 % dei casi. Nella statistica del Guimbellot risulta un solo morto (Vegas e Cranwell): in questo malato bisognò fare, l'8° giorno, una incisione, che diede esito a del siero torbido; il 17° giorno, un ampliamento di questa incisione per dare esito a molto pus. Malgrado ciò, l'infermo morì il 44° giorno.

Un caso di Walther manca di notizie ulteriori. In 3 casi la guarigione avvenne dopo qualche incidente. Un malato di Lemaire ebbe una pleurite purulenta; un malato di Vegas e Cranwell ebbe un piopneumotorace due mesi dopo l'intervento. In un altro, degli stessi autori, residuò una fistola, persistente dopo 8 mesi, dovuta però a un tampone di garza dimenticato nel cavo; ciò che fu constatato in un nuovo intervento.

Altri chirurghi hanno avuto a deplorare emorragie gravi immediate e secondarie.

Questi fatti sfavorevoli rendono esitanti molti operatori nell'accettazione del metodo. Lo stesso Cranwell, dopo la pubblicazione del suo lavoro nel 1901, ha cambiato parere e non pratica più la sutura senza drenaggio nelle cisti idatidee polmonari. La conclusione del Guimbellot è di tenersi per ora alla tecnica della marsupializzazione, che dà quasi sempre eccellenti risultati; e molti pensano che la maggior sicurezza, quanto alle complicazioni, che dà la marsupializzazione, possa pure pagarsi non troppo caramente con una maggior lunghezza della cura postoperatoria.

D'altra parte, la marsupializzazione nelle cisti polmonari non è esente da inconvenienti. Nei giorni, che seguono alla operazione, o anche tardivamente, si possono avere emorragie più o meno abbondanti, che può essere difficile dominare col tamponamento, specie quando esiste nello stesso tempo comunicazione con l'albero bronchiale. Accidente ancora più frequente è l'infezione, anche in casi di cisti sicuramente sterili; polmonite, broncopolmonite, raramente ascessi in prossimità del cavo cistico aperto; pleuriti purulente, piopneumotoraci.

Quali complicazioni tardive, dovute alla lenta cicatrizzazione del cavo tamponato, specialmente se molto ampio, bisogna considerare le deformazioni del torace e le deviazioni del rachide. Complicazioni più frequenti ancora sono le fistole bronchiali, che debbono essere curate con nuovi interventi. Escudero

ha insistito anche sulla possibilità di una tubercolosi polmonare consecutiva, che sarebbe favorita, secondo la sua opinione, da un prolungato drenaggio.

Tutte queste ragioni farebbero desiderabile un più sicuro impiego del metodo della riduzione senza drenaggio.

Il Gerulanos (*Über den jetzigen Stand den Lungenchirurgie*, Deutsche Zeitsch. f. Chir., Bd. 49) ha adoperato molte volte con successo un metodo, che sta in mezzo tra il largo tamponamento della cavità e la sutura primaria. Scoperto il polmone, si suturano i due foglietti pleurici attorno al campo operatorio, si incide il polmone, si asporta la cisti, si apre e si pulisce attentamente per evitare che restino piccole cisti figlie con pericolo di recidiva (Garrè). Nella cavità si mette un drenaggio e attorno a questo si sutura molto esattamente la ferita polmonare con la incisione toracica. L'impiccolimento del cavo è aiutato mediante aspirazione del secreto con la siringa e con le forzate inspirazioni del paziente. Il drenaggio si toglie al 5° o 6° giorno. (Bier-Braun e Kümmell: *Chirurgische Operationslehre*).

Ora, questo rappresenta certamente un procedimento più sicuro rispetto alla riduzione senza drenaggio: ma non esclude del tutto il pericolo dell'infezione e sopratutto dell'emorragia.

Io propongo il seguente sistema:

1° Riduzione senza drenaggio con *capitonnage* e sutura dei labbri della ferita polmonare. Chiusura ermetica della breccia toracica.

2° Pneumotorace artificiale, stabilito immediatamente dopo l'operazione, secondo il processo consigliato dal Morelli per le ferite di guerra.

L'operazione si dovrebbe svolgere nel seguente modo:

a) resezione costale ampia; o anche résezione temporanea con lembo a U secondo Posadas. Produzione del penumotorace operatorio con le cautele abituali, se non è possibile, come sarebbe preferibile, operare sotto pressione differenziale;

b) esplorazione della pleura e del polmone. Fissazione del polmone alla breccia toracica non con sutura, ma per trazione con apposite pinze (amarrage o harponnage del polmone - Müller). Se esistono aderenze — eventualità non frequente in caso di cisti sterili — distaccarle cautamente;

c) incisione del polmone col coltello e vuotamento della cisti, senza formolaggio preventivo. Toilette del cavo;

d) *capitonnage* e sutura; o anche soltanto sutura dei bordi dell'incisione polmonare. Toilette della pleura;

e) sutura ermetica della parete toracica;

f) pneumotorace artificiale con l'apparecchio Morelli o Forlanini.

I vantaggi dovrebbero essere molteplici: :

Non si lascia nel polmone un cavo suscettibile d'infettarsi subito o anche tardivamente, come nel caso surriferito di Vegas e Cranwell.

Si evita il fissarsi del polmone alla parete toracica con formazione di aderenze.

Si evita, col sopprimere il tamponamento, la suppurazione prolungata del cavo, la possibilità di fatti infettivi polmonari o pleurici, e quindi la necessità di operazioni secondarie.

Si evitano le emorragie, agendo il pneumotorace con lo stesso meccanismo stabilito dal Morelli per le ferite polmonari di guerra.

Si evitano le fistole bronchiali.

La riespansione del polmone si farebbe avvenire lentamente dopo qualche mese, a cicatrizzazione del cavo avvenuta, controllabile radioscopicamente.

Non so se alla prova questo procedimento si dimostrerà buono così come sembra logico nella ideazione. Io mi propongo di sperimentarlo e di riferire i risultati quali essi siano per essere.

Non mi consta che un processo simile sia stato proposto e attuato da altri. Il pneumotorace può essere adoperato isolatamente come cura di una cavità polmonare residuale all'espettorazione della cisti, alla cosidetta vomica idatidea: analogamente a quel che è stato fatto per cavità ascessuali o gangrenose del polmone.

Seguendo un tutt'altro ordine d'idee il Blanco-Acevedo recentemente (in *Presse Médicale*, 1921, n. 85) ha proposto, ma non ancora effettuato, il pneumotorace alla Forlanini nel trattamento incruento delle piccole cisti ilari. È noto che il Dévè ha consigliato di trattare conservativamente questi echinococchi piccoli, ilari, parabronchiali, la cui diagnosi è, tra l'altro, difficile e quasi costantemente incerta, e di aspettare la loro perforazione spontanea nell'albero bronchiale. Per esse, il Blanco Acevedo ha pensato che « il pneumotorace artificiale alla Forlanini sembri indicato allo scopo di produrre la compressione della cisti e la sua evacuazione per vomica ».

Com'è chiaro, tutto ciò non ha nessuna analogia col metodo che io mi propongo di saggiare.

Roma, 15 ottobre 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

La tubercolosi genitale della donna.

(E. PESTALOZZA. Atti Soc. Ital. di Ostetricia e Ginecologia, vol. XXI).

Frequenza. — Dall'esame comparativo dei risultati di autopsie di donne tubercolose, dalla disamina di dati clinici riferiti da autori italiani in confronto con gli stranieri, si può affermare che la tubercolosi genitale femminile è più frequente in Italia che in altri paesi; nelle donne tubercolotiche si può da noi contare su una media del 10 % di localizzazioni genitali. Complessivamente nel materiale clinico i casi di tub. gen. rappresentano il 2 %. Come è noto la sede più colpita è la tromba, ma non sono rare come si credeva un tempo le localizzazioni all'endometrio, al collo e anche al miometrio; eccezionale resta la vera tubercolosi ovarica.

Patogenesi. — La infezione primitiva — eteroinfezione — dell'apparato genitale è eccezionale; nella maggior parte si tratta di autoinfezioni.

In un terzo circa dei casi la tub. gen. femminile si trova combinata colla tubercolosi peritoneale. Per questi casi, mentre si può ammettere come più probabile la infezione del peritoneo per via ematica, l'infezione genitale accade in modo secondario per propagazione diretta in via discendente. La propagazione della infezione dall'apparato genitale al peritoneo è un fatto eccezionale.

In circa due terzi dei casi, la tub. gen. non è subordinata a una infezione peritoneale e si stabilisce per lo più per via ematica: meno frequentemente per diffusione diretta da organi vicini (intestino).

Come nelle tubercolosi combinate genitoperitoneali anche in quelle semplicemente genitali, la propagazione della infezione lungo il tratto genitale si fa di preferenza per via discendente, qualche volta per via linfatica. In taluni casi non si può escludere la propagazione per via ascendente: in alcuni di tali casi la diffusione al peritoneo è preclusa dalla sinfisi dei padiglioni delle due trombe.

Non si hanno ancora elementi probativi della origine diretta, nella donna, di una tubercolosi del collo propagatasi poi in via ascendente (tubercolosi primitiva).

La ipoplasia genitale, spesso consociata alla tubercolosi, in molti casi non è che un postumo della tubercolosi stessa.

Tubercolosi genitale nella infanzia e nella età prepubere. — A tali forme non è stato ancora riconosciuta la importanza che esse meritano anche dal punto di vista clinico. Ed è utile che se ne diffonda la conoscenza anche perchè le forme locali della tubercolosi, essendo passibili di guarigione, possono lasciare postumi che si faranno poi sentire largamente nella futura vita sessuale della donna, e perchè la guarigione in alcuni casi non è che apparente rimanendo il focolaio genitale allo stato di latenza colla possibilità di riaccensioni del processo morboso dopo la pubertà.

Su 55 autopsie di bambine morte per tubercolosi all'ospedale « Bambin Gesù » si trovarono sei casi di localizzazione genitale. Ora se si pensi alla frequenza della tubercolosi nell'infanzia, alla facilità della peritonite tubercolare, alla frequenza della guarigione, si può dedurre la importanza clinica della lesione.

Fra i postumi ha una speciale importanza l'atresia della cavità uterina che annulla naturalmente tutte le funzioni dell'organo. Se la atresia è limitata all'orifizio interno ne deriva il non raro piometra.

Altro postumo frequente è data dalla ipoplasia della sfera genitale in genere e più particolarmente dell'utero, col solito corteo dei sintomi dismenorroici.

Alla ipoplasia genitale può concorrere lo stato delle ovaie che sono bensì raramente colpite dal processo tubercolare ma che vengono menomate nelle loro funzioni dalle membrane infiammatorie che possono avvolgerlo. La possibilità di una ipoplasia genitale alla cui base stia un vecchio focolaio tubercolare è di notevole importanza pratica specialmente dal lato terapeutico; ogni caso dovrà essere particolarmente vagliato da tale aspetto per evitare in simili contingenze di eseguire interventi chirurgici, che non solo sarebbero inutili, ma potrebbero anche divenire pericolosi, in quanto potrebbero risvegliare un processo latente anzichè spento.

Anatomia patologica. — Oltre alle forme più note della localizzazione tubarica, meritano di essere messe in speciale evidenza alcune manifestazioni meno frequenti e meno note.

Merita anzitutto di essere ricordata la forma di sactosalpinge confluente talora con comunicazione a pieno canale delle due raccolte, talora solo con avvicinamento sulla linea mediana degli estremi ampollari delle due trombe più o meno distese secondo lo stadio del processo. Tutte le forme del genere descritte erano di natura tubercolare.

Una forma che ha analogia con questa è quella dell'ascesso intertubarico. In essa le due trombe non si abboccano direttamente, ma si uniscono o sboccano in una cavità comune interposta fra i due padiglioni circoscritti da una parete propria snucleabile dagli organi vicini a guisa della capsula di un ematocele: a tale forma l'A. propone il nome di Piocele.

Accanto alla più comune salpingite a tipo caseoso bisogna ricordare la forma vegetante o papillare nella quale le frangie del padiglione specialmente assumono dimensioni notevoli talora atteggiantisi a pseudotumori, e presentano istologicamente fatti di ipersecrezione; talora ne può derivare anche una pseudoascite.

La tubercolosi ovarica è veramente rara. Per lo più si tratta di incapsulamenti dell'ovaio da parte di pseudomembrane tubercolari, che sono tuttavia capaci di dare disturbi rilevanti funzionali.

La endometrite tubercolare ha tendenza ad arrestarsi a livello dell'orifizio interno. Quando si arrivi alla atresia dell'orifizio interno si forma il piometra, esemplari del quale sono stati riscontrati già nella età infantile. Altre volte si ha la atresia di tutta la cavità uterina, donde una causa anatomica di amenorrea.

La tubercolosi della porzione vaginale del collo assume quasi sempre la forma papillare ed è più frequente di quanto non si creda, specialmente fuori di Italia, alla quale spetta il primato nello studio di questa localizzazione.

La tubercolosi peritoneale ha tendenza a intensificarsi a livello del peritoneo pelvico.

Amenorrea nella tubercolosi genitale. — La amenorrea, primitiva o secondaria, transitoria o permanente, è uno dei sintomi più frequenti e importanti.

In un numero rilevante di casi si riesce a rilevarne la causa in alterazioni genitali anatomiche, tra queste hanno un posto importante le atresie parziali o totali della cavità uterina prodotte dalla distruzione della mucosa per il processo tubercolare.

Di grande valore è anche il ritardo nello stabilirsi della pubertà. Anche in assenza di altre lesioni anatomiche, la tubercolosi della portio specialmente nella sua forma papillare è causa di amenorrea.

Sintomi. — I disturbi della tub. gen. sono in genere poco accentuati, sopratutto prima della età feconda. Se raramente essa è causa diretta di morte, però in circostanze speciali, può creare gravi pericoli colle sue riacutizzazioni; così dicasi per la pubertà, per il matrimonio, per i parti, i traumi in genere, o le malattie intercorrenti.

Sopratutto se consociata alla tub. peritoneale la tub. gen. può provocare sofferenze gravi e incapacità assoluta al lavoro, come avviene del resto in quasi tutti le gravi lesioni flogistiche degli annessi (siano di natura gonococcica, puerperale o tub.).

La febbre non è costante, nè sempre dovuta al fatto genitale; ha specie importanza il rialzo termico che coincide col periodo mestruale.

Dal lato terapeutico se va data larga parte alla cura medica in senso largo, con tutti i noti sussidi, se si può sperare bene dalla radioterapia ancora alle prime prove, non si deve affatto ripudiare la terapia chirurgica nei casi adatti, poichè essa può ridare la salute a un numero ragguardevole di malate.

P. G.

Sugli edemi delle gravide.

(S. Adler. *Med. Klin.*, n. 15, 1923).

Edemi possono manifestarsi nelle gravide anzitutto per quelle cause, per cui si possono determinare anche all'infuori della gravidanza: vizii cardiaci (è necessario sapere che durante la gravidanza si ha spesso uno spostamento e un ingrandimento anche del cuore normale e la comparsa di rumori accidentali) e malattie renali esistenti già prima della gravidanza (difficili da distinguersi da quelle gravidiche se non aiuta l'anatomia o la dimostrazione di una retinite); nefriti acute casualmente insorte proprio durante la gravidanza, tumori maligni. Lo stato gravidico, peggiorando le condizioni del cuore o del rene precedentemente malato predispone naturalmente agli edemi. Di fronte a questo gruppo di edemi in gravidanza sta un altro gruppo in cui la gravidanza rappresenta l'unico fattore determinante gli edemi: l'« Hydrops gravidarum ». In questi casi la causa degli edemi è sempre extrarenale e consiste probabilmente in un'alterazione degli endotelii dei capilari; secondariamente si può poi sviluppare una nefropatia, in seguito all'estensione di tali alterazioni all'apparato vasale del rene: il rene stesso diventa edematoso e soffre maggiormente nella sua funzione, ciò che determina l'ipertonia. Alterazioni vasali ed ipertonia insieme possono determinare l'albuminuria; in seguito all'estendersi degli edemi agli organi centrali si sviluppa lo stadio eclamptico. Da questo gruppo si devono però separare molti casi nei quali predominano i sintomi determinati dallo stato gravidico a carico del cuo-

re, del rene o del sistema endocrino (probabilmente in seguito a particolarità costituzionali).

a) *rene.* — In questi casi assieme alla comparsa degli edemi (specialmente agli arti inferiori) si notano dei sintomi renali: albuminuria discreta (1/2 ‰), leucociti, molti cilindri jalini, pochi cilindri granulosi nell'urina, oliguria. Può mancare l'ipertonia, mancano costantemente l'ipertrofia del cuore e l'alterazione del II tono aortico. Questi sono i casi, chiamati finora « rene gravidico ».

b) *cuore.* — In questi casi si manifestano dei sintomi di insufficienza cardiaca funzionale: ingrandimento dell'ottusità cardiaca, accentuazione del II tono polmonare, nicturia. Non c'è albuminuria, nè aumento della pressione sanguigna. Gli edemi non sono intensi.

c) *sistema endocrino.* — Donne sui 20 anni, piccole, con pelle scura e sistema scheletrico bene sviluppato presentano spesso durante la gravidanza, oltre ad edemi localizzati alle estremità inferiori, alle mani e alla pelle dell'addome, dei sintomi di insufficienza tiroidea (pelle secca, caduta di capelli, varici, assenza di sudore, ecc.); in queste donne la tiroide è molto piccola (mentre nel 70 % delle gravidanze si ha un'ipertrofia della tiroide). La conoscenza della natura degli edemi interessa sopratutto per la prognosi e la terapia. La prognosi è sempre seria nell'edema che si manifesta in donne già prima affette da malattia renale (nefrite cronica) o cardiaca.

Anche questi edemi, talvolta regrediscono in seguito a cure scrupolose (riposo a letto, dieta povera di sale e di liquidi nella nefrite, riposo e digitale nello scompenso cardiaco); se però gli edemi non scompaiono rapidamente con queste cure e se, nella nefrite, aumenta l'albuminuria, si manifestano cefalea, disturbi gastrici, sintomi cardiaci o i primi segni di una retinite albuminurica, è necessaria l'immediata interruzione della gravidanza. Nelle gravide affette da stenosi mitralica si deve interrompere la gravidanza al primo manifestarsi di edemi. Le nefriti acute che si sviluppano durante una gravidanza non ne rendono necessaria l'interruzione. Molto migliore che nei casi finora nominati è la prognosi degli edemi idiopatici della gravidanza. Quelli che si accompagnano a disturbi funzionali del cuore regrediscono rapidamente col riposo a letto, limitazione delle bevande, eventualmente colla cura digitalica; quelli associati a disturbi endocrini col riposo a letto, dieta povera di sale e di liquidi, eventualmente opoterapia tiroidea cauta. Gli altri casi di « Hydrops gravidarum » solo raramente rendono necessaria l'interruzione della gravidanza, questa può diventare indispensabile o per l'edema stesso o per le conseguenze di esso. La prima necessità si verifica negli edemi intensi dei genitali esterni: la scarificazione multipla delle labbra ottiene allora il doppio effetto di detumefare la parte e di determinare l'insorgenza delle contrazioni uterine. La seconda necessità si impone in quei casi, nei quali l'edema si accompagna a fenomeni gravi a carico dei reni e degli organi centrali (aumento degli edemi, albuminuria progressiva, cefalea, disturbi gastrici, oliguria, edemi palpebrali, eccitazione motoria e psichica, ambliopia od amaurosi, ecc.). Se questi sintomi non regrediscono in seguito a cure adatte (cure disidratanti, non però diaforetiche, e salasso) la gravidanza va senz'altro interrotta. In questi casi si devono evitare tutte quelle cause che possono determinare un aumento della pressione sanguigna. L'interruzione della gravidanza va perciò fatta cercando di evitare l'insorgenza di contrazioni uterine: il taglio cesareo addominale o vaginale sono i metodi di elezione.

POLLITZER.

Sulla sedimentazione delle ematie nel campo ginecologico.

(P. GAIFAMI J. Atti Soc. Ital. di Ostetricia e Ginecologia, vol. XXI.

L'A. riferisce delle ricerche eseguite su largo materiale intorno alla velocità di sedimentazione delle ematie nel sangue citratato, secondo la tecnica di Fahraeus e Linzenmeyer.

Si usano provette della capacità di poco più di 1 centim. cubo di 5 mm. di diametro; esse portano segnato in alto il limite del centimetro e sotto altri segni a distanza di 5 mm. l'uno dall'altro.

Il sangue si può prelevare direttamente in una siringa di Pravatz da 2 cm. contenente già 0.2 cmc. di citrato di sodio al 5 %; agitata la miscela la si riversa nelle provette fino al segno indicante il cm.

Dopo qualche minuto si vede separarsi il plasma in alto, si segna l'altezza raggiunta dalla sottostante colonna rossa dopo 5, 10, 20, 30, 60 minuti e poi di ora in ora.

Più che il risultato definitivo che presenta poche differenze interessa la rapidità della sedimentazione che è varia secondo le contingenze cliniche.

La velocità di sedimentazione è minima nel sangue fetale: per formarsi una colonna di plasma di qualche millimetro occorre qualche

ora, e si arriva a 15-20 mm. solo dopo 24 e più ore.

Nella donna gravida la sedimentazione è affrettata; dopo mezz'ora si hanno in media 20 millim., dopo un'ora da 30 a 35, e dopo sei da 35 fino oltre 40. In una donna non gravida in media si hanno rispettivamente valori di 5-10, 15-20, 30-35.

È però da notare che i valori più alti nella gravida si trovano nella seconda metà e sopratutto verso il termine, mentre le oscillazioni nei primi mesi sono scarse, cosicchè la ricerca non ha alcun valore come sussidio per la diagnosi biologica della gravidanza iniziale.

La maggiore celerità si ha nel travaglio e nei primi tre giorni di puerperio.

Delle condizioni che favoriscono la sedimentazione all'infuori della gravidanza ricordiamo che valori non molto alti dànno i processi flogistici annessiali, mentre altissimi sono quelli trovati nei cancri.

È reperto frequente in cancri dell'utero trovare dopo mezza, una, sei ore rispettivamente una colonna di plasma di 15, 30, 45 mm. e più.

Anche nella lues si hanno risultati simili: in qualche caso già nei primi 10 minuti si giunse a 30 mm. pur senza scendere sotto i 40-45 mm. come valore terminale, dopo 24 ore.

Suggestiva è la differenza sessuale. Nell'uomo in genere esiste una notevole lentezza, *coeteris paribus*.

Riguardo alle cause della varia velocità, senza negare la importanza del fattore ematia, sopratutto della sua carica elettrica, è certo fondamentale il plasma, più per la qualità che per la quantità.

Suggestivo è il rapporto proporzionale fra velocità di sedimentazione e contenuto in lipoidi; un certo parallelismo esiste anche con le variazioni nella glicemia.

Corpo luteo e mola vescicolare.

P. GAIFAMI J. *Corpo luteo e mola vescicolare*. Bollettino della R. Accademia Medica di Roma, 1922, vol. XLVIII).

In oltre una metà dei casi di mola vescicolare esistono lesioni policistiche ovariche. Si tratta di alterazioni fondamentalmente analoghe a quelle che si riscontrano già nelle gravidanze normali; ma tuttavia il grado che viene raggiunto nella mola, l'aspetto di più tumultuosa proliferazione, la tendenza a formazioni luteinsimili, il volume infine raggiunto imprimono alle lesioni ovariche nella mola vescicolare una caratteristica speciale, cosicchè meritano una dignità diagnostica e clinica a parte.

La denominazione più abituale non è invece corretta, perchè si presta a ingenerare confusioni.

Il parlare infatti di cistomi luteinici, di *degeneratio policistica* e *corporibus luteis*, di cisti luteiniche o peggio di cisti del corpo luteo, potrebbe far pensare a derivazioni dal corpo luteo gravidico, quasi che si avesse a fare con un inverosimile numero di contemporanei corpi lutei. Ed invece è riconosciuto trattarsi di derivazioni da follicoli atresici, non scoppiati.

Non solo; ma da queste ricerche risulta potersi affermare che il corpo luteo gravidico è costantemente presente, e tanto macroscopicamente quanto istologicamente non diverso da quello della gravidanza normale.

Il mancato accenno alla presenza di un corpo luteo gravidico in casi di mola vescicolare da parte di molti autori deriva verosimilmente dal fatto che la grande maggioranza delle osservazioni fu eseguita su uteri asportati parecchio tempo dopo la espulsione della mola, quando ormai il C. L. gravidico poteva già essere andato incontro alla fisiologica regressione puerperale. Per altri casi si può pensare che l'osservatore non abbia fatto la necessaria attenta, espressa, ricerca, volta a rintracciarlo nella massa delle cisti, non indirizzando a tale indagine il proprio studio.

Affermando che è costante e normale il corpo luteo gravidico nella mola vescicolare possiamo derivarne un argomento contro alle ipotesi che riportavano ad anomalie del C. L. la irregolare evoluzione dell'uovo; e possiamo anche derivarne la necessità di una nomenclatura più precisa per caratterizzare le lesioni ovariche molari e nei riguardi delle cisti luteiniche, in tesi generale.

È opportuno invero che nella nomenclatura delle cisti luteiniche ci si attenga a un criterio restrittivo, adottando il nome di cisti del corpo luteo o di corpi lutei cistici solo per le formazioni che derivano da un corpo luteo vero, sia esso mestruale o gravidico. Per le alterazioni delle ovaie nella mola potremo parlare di una *degeneratio policistica luteinalis* o di cisti luteo-follicolari.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

C. F. Zanelli. *Elementi di Diatermoterapia*. Edit. Licinio Cappelli, Bologna. Prezzo L. 12.

Ecco un libro per il quale non è frase vieta affermare che colma una lacuna nel campo della letteratura medica. Mentre case costruttrici italiane allestiscono apparecchi di diatermia che gareggiano in perfezione con gli stranieri, tale impiego delle correnti di alta frequenza non è ancora ben noto fra i nostri medici, e chi avesse voluto rendersene padrone doveva necessariamente ricorrere al manuale tedesco o francese. C. F. Zanelli avverte nella guardia del libro di aver voluto soltanto diffondere la conoscenza del nuovo procedimento curativo ma la modestia dell'autore non ci vieta di apprezzare completamente la fatica dello studioso. In piccola mole, con facile stile, ha condensato quanto teoricamente è bene sapere sulla produzione delle correnti di alta frequenza ad effetto diatermico, quindi ha svolto le applicazioni pratiche del metodo confortando l'altrui esperienza consacrata oramai sui testi fondamentali con la messe dei casi personalmente trattati. L'intento quindi ch'era modesto è di gran lunga sorpassato e al manuale dello Zanelli non potrà non arridere il migliore successo.

F. Sabatucci.

H. Bordier. *Diathermie et diathermothérapie*. - Baillière & fils, 1922, pag. 512-137 con figure. Frs. 30.

Il libro interessa non solo lo specialista elettrologo ma anche il chirurgo, l'urologo e l'otorinolaringoiatra date le applicazioni che oggi ha la diatermia. La diatermia è una forma di d'Arsonvallizzazione la quale non è che l'applicazione terapeutica delle correnti d'alta frequenza. Ma nella diatermia gli effetti calorifici delle correnti d'alta frequenza sono portati al massimo mediante l'impiego di oscillazioni elettriche praticamente non smorzate. La diatermia è entrata nella pratica medica nel 1910 dopo le pubblicazioni di Zeyneck, Doyen, Nagelschmidt, ecc., e il nome non significa altro che calore penetrante. Ma aumentando la densità elettrica a livello di uno degli elettrodi (a sezione piccola) è possibile ottenere effetto coagulante onde il nome di elettrocoagulazione con numerose applicazioni chirurgiche. Con la diatermia il calore è creato nell'interno dei tessuti, restando freddo l'elettrode attivo mentre coi cauteri è dall'esterno che avviene l'addizione o la sottrazione di calore ai tessuti. Tutta questa parte fisica è svolta magistralmente dall'A. in 5 capitoli (studio delle oscillazioni elettriche) mentre altri tre capitoli l'A. dedica allo studio degli apparecchi produttori di diatermia e altri tre allo studio degli effetti fisico-chimici e fisiologici della diatermia. Interessante è tutta la parte riguardante le applicazioni terapeutiche della diatermo-coagulazione (tumori e affezioni pelle — lesioni delle mucose — malattia naso e gola — affezioni genitourinarie) e le applicazioni terapeutiche della d'Arsonvallizzazione diatermica (malattie dell'apparato circolatorio: angine, ipertensione; del sistema nervoso — nevralgie — Raynaud, ecc., dell'apparato digerente: appendiciti, gastropatie; del sistema muscolare e articolare, dell'apparato genitourinario, della pelle, ecc.).

Il libro è completo sotto tutti i rapporti, è semplice, pratico ed originale e dettato dall'esperienza dell'A. e colma una lacuna in questo campo oggi così utile per le applicazioni chirurgiche.

Milani E.

Hans Dietlen. *Herz und Gefässe im Röentgenbild*, 31 tabelle, 239 figure, 454 pag. Leipzig, J. Ambrosius Barth, edit. 16 fr.

Il libro di Dietien — nome ben noto ai radiologi — è un libro (Cuore e vasi all'immagine radiologica) destinato ad avere favore non solo presso gli specialisti radiologi ma presso tutti coloro che si interessano di cardiologia. Infatti dopo una prima parte breve (pag. 41) sulla tecnica radiologica per le ricerche sul cuore, l'A. affronta largamente in due capitoli lo studio radiologico del cuore normale e del cuore patologico confortando lo studio radiologico del cuore con argomenti anatomici e clinici. I capitoli sui vizi di cuore, sui vizi congeniti, sulle aritmie (capitolo scritto in collaborazione di Weber), sulle miocarditi, sulle alterazioni del cuore da malattie dell'apparato respiratorio, vengono letti con vero interesse: l'ultima parte del libro è destinata allo studio radiologico del pericardio, dei grossi vasi e dei vasi periferici.

Milani E.

W. Caspari. *Biologische Grundlagen zur Strahlentherapie der bösartigen Geschwülste*. T. Steinkopff, ed. Dresda, pag. 32, lire 2.50.

La piccola monografia del C. completa le due monografie precedenti del Dessauer ed è il riassunto di quanto l'A. ha esposto durante il corso per medici a Francoforte.

L'argomento è per i radiologi provetti frá le questioni più importanti: basti ricordare le questioni su l'azione biologica, se questa cioè sia dovuta agli elettroni secondari o a feno-

meni di ionizzazione o alla combinazione dei due fenomeni e alla questione se l'azione biologica è dovuta all'azione diretta dei raggi primari sulle cellule del tumore o ad aumento dei fermenti autolitici, ecc.

La monografia va pertanto assai raccomandata.

MILANI E.

P. LUDEWIG. *Die physikalischen Grundlagen des Betriebes von Roentgen röhren mit dem Induktorium.* Urban e Schwarzenberg, pag, 130, fig. 152 nel testo. Prezzo base L. 7.5-9.6.

Il libro del L. non dovrebbe mancare nella biblioteca del radiologo, se questo non si contenta di usare meccanicamente il suo apparecchio, ma desidera conoscere i fondamenti fisici sui quali l'apparecchio stesso è costruito, quali sono le caratteristiche degli apparecchi ad induttore, a quali principi e a quale scopo (a cui può corrispondere naturalmente una azione biologica diversa) si ispira la costruzione degli apparecchi ad induttore. Se oggi a molti può sembrare superflua la parte fisica, in realtà ciò non è, anzi essa è una base necessaria per l'assoluta padronanza e per il perfetto maneggio dello strumentario.

MILANI E.

WALTHER HAUSMANN. *Grunzüge der Lichtbiologie und Lichtpathologie.* Urban e Schwarzenberg, pag. 216, fig. 10. Prezzo base lire 12-15.

Il libro colma una lacuna ed è interessante in tutti i suoi capitoli, e basta l'indice di questi per intendere tutta l'importanza degli argomenti trattati dall'A. e della vasta materia armonicamente ordinata. Alle generalità sulla azione della luce sugli organismi viventi e sui rapporti fra fotochimica e fotobiologia segue uno studio sull'azione della luce sui fermenti, sulle tossine, sulle antitossine, sui catalizzatori; quindi l'A. prende in esame l'azione della luce sull'accrescimento, sugli organi di movimento, sulla pelle e sui tessuti profondi. Segue un capitolo interessante sui rapporti fra pigmento e luce, e successivamente nell'ultima metà del libro sono riassunti i rapporti della luce con le più note malattie e l'azione della luce su alcune malattie, e fra queste sui processi tubercolari.

MILANI E.

MASSIOT e BIQUARD. *L'instrumentation en Radiologie pratique.* Maloine, ed., Parigi, 1923. Prezzo 14 franchi.

Gli AA., come terza edizione del « Trattato del radiologo », pubblicato in tempo di guerra, offrono al medico pratico questo manuale nel quale si fondono il senso pratico del costruttore e lo spirito conciso di un fisico, e il medico pratico potrà largamente giovarsene.

Il trattato di circa 200 pagine è diviso in 7 capitoli: (principi fondamentali di radiologia, ampolle radiogene, costruzione e funzione, trasformazione delle correnti di bassa tensione in correnti di alta tensione, gli apparecchi elettrici necessari per una istallazione radiologica, gli apparecchi accessori, le applicazioni della radiologia, la radioterapia).

MILANI E.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria dell'11 marzo 1923.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

Vitamine dei funghi mangerecci.

Dott. DI MATTEI. — Funghi secchi del commercio somministrati a colombi mantenuti a dieta orizanica evitarono per oltre due mesi l'insorgere dei fatti beriberici ed uguale azione svolsero i funghi tenuti per oltre due ore a temp. di 130° in autoclave. Un estratto idroalcoolico si dimostrò meno attivo. La scarsa solubilità in alcool e acqua e la resistenza al calore differenziano nettamente queste sostanze contenute nei funghi dalle tipiche vitamine del Funk e confermano secondo l'O. la pluralità delle vitamine. Egli ottenne ancora la dissociazione dei sintomi del quadro beriberico spiegabile con l'incompleto aggruppamento di quel complesso di nuclei vitaminici che rappresentano la cosidetta vitamina e che potrebbero avere isolatamente influenza elettiva sopra determinati organi e apparati. L'O. attribuisce l'azione spiegata dai funghi al loro abbondante contenuto in azoto non proteico. Licheni, da lui provati, si dimostrarono inattivi.

Contributo alla conoscenza degli enzimi nell'urina normale e patologica con speciale riguardo al diabete e al morbo di Addison.

Prof. D. MAESTRINI. — Studiando la presenza di enzimi nell'urina normale e patologica l'O. ha trovato: presenza di amilasi, proteasi ed assenza di lipasi. Nei diabetici il potere amilolitico è aumentato, mentre negli Addisoniani è al disotto del normale. L'O. ne trae la conclusione che nei diabetici l'amilasi si leghi ai prodotti della digestione e che poi fuoriesca coll'urina insieme con il glicosio.

Anche le piccole quantità di amilasi che si trovano nell'urina normale, sono facilmente spiegabili con la stessa ipotesi. Quindi l'O., nei riguardi del diabete, si crede autorizzato ad appoggiare la teoria che ammette come genesi l'*aumentata glicolisi* e nei riguardi dell'urina normale ritiene la teoria dell'*origine autoctona* degli enzimi dell'urina.

Nuovo modello di pelvisupporto.

Prof. L. G. GAZZOTTI. — I pelvisupporti che sono in uso nei letti ortopedici, se rispondono bene per sostenere il bacino non si prestano ugualmente allorchè si deve esercitare una trazione sugli arti inferiori. L'asta metallica o la corda, rivestite eventualmente di tubo di gomma, sulle quali prende appoggio il primo, hanno azione maltrattante sui tessuti della regione. L'uretra, la base dei corpi cavernosi, rami nervosi, i genitali esterni nella donna vengono a sopportare la pressione, effetto della trazione esercitata sugli arti. PUTTI sul pelvisupporto del suo letto ortopedico ha migliorate le condizioni costituendo l'asta verticale anzichè cilindrica scanalata alfine di dare nella scanalatura ricetto all'uretra.

Ciò non pertanto l'O. ha voluto studiare la cosa per vedere se non fosse possibile risolvere il problema della trazione sugli arti inferiori scaricando l'azione traente anzichè sulle parti molli perineali sulle tuberosità ischiatiche. A tale scopo ha fatto costruire, rilevandolo dai calchi in gesso, un tipo di pelvisupporto che dà appoggio al sacro e alle tuberosità ischiatiche, lasciando libero da ogni azione comprimente profonda il diaframma perineale. Trattandosi di prendere appoggio su due superfici ossee (le tuberosità ischiatiche) che sono più o meno distanti a seconda dell'età (le differenze dovute al sesso sono per questo scopo pressochè trascurabili) l'O. dice di aver fatto costruire tre modelli di questo sostegno, nelle tre dimensioni medie utili. Tale pelvisupporto in pratica ha risposto allo scopo.

La cristallizzazione dell'emoglobina studiata col metodo della saponina.

Prof. G. AMANTEA. — L'O. ha già avuto occasione di illustrare, in collaborazione con K. Krzyskowski, un metodo molto semplice e pratico per ottenere cristalli di emoglobina, presentandolo sopratutto per la sua utilità a scopo didattico. Da ulteriori sue ricerche risulta, che, adoperandolo con tecnica uniforme e nella sua massima semplificazione, può rendersi anche utile per indagini di indole biologica e di applicazione medico-legale. Esistono sangui, che, saggiati col metodo della saponina, si comportano in modo costantemente positivo, mentre altri si comportano sempre negativamente. Tra i primi, alcuni lasciano sempre osservare solo cristalli di ossiemoglobina, altri solo di emoglobina ridotta, e altri infine gli uni e gli altri.

È possibile differenziare fra loro i diversi sangui a comportamento positivo, tenendo conto non solo della forma degli elementi cristallini semplici, ma anche degli aggruppamenti specifici che possono presentare. Il sangue umano appartiene alla categoria di quelli da cui si possono ottenere solo cristalli di emoglobina ridotta. Dal sangue di uomo adulto si hanno cristalli, che permettono di differenziarlo da quello del neonato. La differenza persiste anche dopo prolungata autolisi.

Dal complesso dei dati raccolti risultano argomenti favorevoli alla specificità dell'emoglobina delle diverse specie animali. La capacità di essa a cristallizzare più o meno facilmente, come ossiemoglobina o emoglobina ridotta, nonchè la forma dei cristalli e la loro tendenza ad aggrupparsi in maniera determinata sembra piuttosto legata a specifiche proprietà dell'emoglobina stessa, anzichè a proprietà dell'ambiente plasmatico.

Esiti lontani di trapianto di nervo alla Nageotte.

Prof. A. CHIASSERINI. — Riferisce sui risultati lontani (3 anni e 1/2) di un trapianto di circa 8 cm. di nervo umano conservato in alcool, per riparare ad una perdita di sostanza del nervo

mediano dell'avambraccio destro. Il trapianto fu tollerato, e il recupero motorio e sensitivo fu parziale.

Alcune osservazioni sulla pressione venosa.

Dott. L. PATERNI. — L'O. riferisce ricerche sulla pressione venosa, per mezzo dell'apparecchio di Claude. In due casi uno di vizio congenito di cuore, l'altro di morbo di Vaquez la pressione venosa era al disotto della norma. Ne prende occasione per ricordare come giusto sia stato l'apprezzamento dell'Arcangeli sulla pressione venosa nella sua teoria sulla cianosi.

Il prof. ARCANGELI ricorda le basi della sua teoria sulla cianosi, di cui un dato fondamentale, il non aumento della pressione venosa ha avuto conferma dalle ricerche eseguite dal Paterni.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 18 marzo 1923.

Presidenza: Prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Un caso di multiple anomalie degli arti.

Prof. D'EVANT TEODORO. — Presenta un fanciullo con anomalie multiple degli arti inferiori e superiori. La mano destra presenta due dita che sembrano il 1° ed il 5° con sindattilia membranosa. I due piedi sono bidattili, con assenza del perone a sinistra ed incurvamento diafisario della tibia alquanto ipertrofica. Esiste solo, in ambo i lati un informe calcagno ed abbozzi di qualche osso del tarso. Vi è dunque parziale ectromegalia digitale. Non vi è lue nei genitori ed il bambino ha tre fratelli di maggiore età, sani. Vi sarebbe un forte spavento sofferto dalla madre nel secondo mese di gestazione.

L'O. ammette come *causa formativa* il probabile ritorno atavico al piede bovino, ma come *causa genetica*, un disturbo ormonico generale (provocato dall'emozione) nell'organismo materno, precisamente nel tempo dello sviluppo degli arti, il quale avrebbe influito sullo sviluppo anomalo degli arti, per mezzo della funzione ipofisaria fetale.

Una rivendicazione storica.

Prof. D'EVANT TEODORO. — Ricorda come fin dal 1889 egli dimostrò che la descrizione dei rami del nervo mascellare nella fossa maxillo-palatina dell'uomo si trova, molti secoli prima di quella fornita dal Meckel, nelle opere di G. Falloppio il quale per primo ha notato che il detto nervo *si dilata nella detta fossa* ed ivi *forma un piccolo reticolo* che manda *rami al naso, all'orbita* alle *piccole arterie* che ivi si trovano e *le abbraccia*. Se non ha descritto (e certo non poteva) la parte cellulare del ganglio Sf. Pal. ne ha veduto esattamente le fibre che giudica fibre del N. mascellare stesso, la quale descrizione ha molti punti di contatto con le idee moderne e dall'O. stesso propugnate fin dal 1887 sulla tessitura del ganglio. Crede pertanto che il Falloppio sia il vero precursore del Meckel. Nota come posteriormente molti autori abbiano imitata o copiata la descrizione di Falloppio.

Un nuovo metodo operativo per il trattamento del piede torto congenito varo-equino.

Dott. GIANTURCO GIULIO. — L'O. passa in rivista i metodi attualmente in uso ed espone quali sono i requisiti che dovrebbe possedere il metodo ideale e cioè:

1) Permettere una correzione integrale della forma del piede;

2) Ottenere questa correzione a spese di un allungamento delle parti retratte;

3) Rispettare le articolazioni per ottenere un piede mobile in tutti i suoi segmenti;

4) Essere applicabile anche a quei soggetti in cui l'accrescimento dello scheletro abbia raggiunto il suo termine;

5) Richiedere un periodo brevissimo di trattamento post-operativo.

L'O. ha rivolto la sua attenzione al metodo del Codivilla il quale consiste nella sezione dell'arcata plantare, nell'allungamento plastico dei tendini retratti (tibiale anteriore, adduttore dell'alluce, flessore comune, flessore dell'alluce, tibiale posteriore, tendine d'Achille) e nell'apertura di tutte le articolazioni del margine interno del piede. Questo ottimo intervento, mentre risponde assai bene ai requisiti 1) e 2), è in difetto nei riguardi dei postulati 3), 4) e 5). Tuttavia il metodo è possibile, attraverso una modificazione semplice ma essenziale, di poter far propri anche gli attributi 3), 4) e 5).

L'O. quindi astenendosi dall'aprire le articolazioni del margine interno del piede, pratica invece a mezzo di uno scalpello largo e sottilissimo, una serie di sezioni sul primo cuneiforme, sullo scafoide, sul collo dell'astragalo e sul calcagno. Queste sezioni sono esattamente intermedie alle superfici delle articolazioni aperte del Codivilla.

In tal modo:

I. Si rispettano al più possibile le linee articolari.

II. Il riempimento dei vuoti prodotto dall'apertura delle articolazioni e dalla correzione, riempimento affidato nella Codivilla originale all'accrescimento ulteriore delle ossa sotto la guida dell'apparecchio gessato, diviene funzione di leggi biologiche non limitate nel tempo come l'accrescimento, ma verificabili in ogni età e cioè di quelle che regolano il saldamento delle ossa cruentate.

III. Si ottiene la guarigione in brevissimo tempo e senza possibilità di recidiva: ciò in rapporto ancora alla rapidità dei processi di riparazione in contrapposto alla lentezza dei processi di accrescimento.

L'O. reputa che il suo metodo possa essere considerato come il processo di scelta negli individui al di sopra dei 10 anni e sopra tutto negli adulti che fino ad ora beneficiavano quasi esclusivamente della tarsectomia cuneiforme. Il metodo ha già avuto il conforto della pratica.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 16 marzo e del 6 aprile 1923.

(Presidenza: prof. A. PASINI, presidente).

Fenomeni immunitarii nelle Tigne e reazioni cutanee generalizzate.

AMBROSOLI G. A. — Riassunte brevemente le attuali conoscenze sui *fenomeni immunitarii nelle Tigne*, l'O. ricorda come lo studio di questi abbia portato alla conoscenza di un nuovo capitolo della Dermatologia, il capitolo delle *reazioni cutanee generalizzate alle Tigne*, assai interessanti perchè permettono di valutare tutta l'importanza che il fenomeno morboso tigna può avere per l'organismo, e conseguentemente di orientare verso opportuni tentativi di cura della stessa, ed ancora per l'analogia loro colle tuberculidi, alle quali è possibile riferire alcune concezioni genetiche che hanno avuta in questo campo conferma sperimentale, mentre per le tuberculidi, ammesse per ipotesi non sono ancora dimostrate. In tale capitolo annovera le *Tricofitidi*, di cui ha potuto raccogliere 4 casi, in uno dei quali ottenne il reperto micotico colturale dal sangue circolante, che ancora mancava; le *Microsporidi*, e le *Favidi*, queste ultime fino ad ora sconosciute, delle quali riferisce un caso personale, raccolto nell'Istituto Dermosifilopatico dell'Ospedale Maggiore di Milano, colle relative deduzioni e considerazioni.

Sulla cura della sicosi tricofitica con soluzioni iodio-iodurate per via endovenosa.

CATTANEO L. — Ravaut ha ultimamente preconizzato la cura della sicosi tricofitica con soluzioni iodiche per via endovenosa, metodo di cura portato nella terapia umana dallo Spolverini ed usato in svariate malattie da numerosi autori. L'O. ha trattato nel comparto dermatologico dell'Ospedale Maggiore, tre ammalati di sicosi, ed uno affetto da lupus. In due sicotici ha avuto guarigione, che fu dubbia nel terzo, e miglioramento notevole nello stato generale e locale del luposo. Dal lato delle vene iniettate, notevoli invece le alterazioni: da una biopsia praticata risulta in modo evidente l'esistenza di una flebite con obliterazione totale del lume vasale data da un trombo in via di canalizzazione.

Pure esperimentalmente provando su conigli l'O. ha avuto la formazione di trombosi parziale. In seguito a tali risultati sconsiglia l'uso di tale metodo terapeutico.

Papillomatosi ureterale.

ETTORE E. — Si tratta di un infermo operato nell'ottobre 1921 di nefrectomia per papilloma tipico del bacinetto, rioperato un anno dopo di ureterectomia per diffusione ureterale e che, attualmente, a distanza di soli tre mesi ha già una disseminazione vescicale. L'O. dall'esperienza di questo caso e dall'esame della letteratura è convinto che in tutti i casi, anche quando l'aspetto macroscopico era benigno l'esame microscopico rivelava sin dall'inizio dei caratteri di malignità. Per questo fatto, e per l'andamento clinico analogo a quello delle forme maligne, l'O. ritiene che la denominazione papilloma del bacinetto o dell'uretere debba includere il concetto di malignità (poichè i pochi casi riportati come benigni non furono rivisti a distanza di tempo sufficiente) e che la diagnosi, difficile, si basa sul reperto di elementi epiteliali nell'urina e sulla giusta interpretazione della pielografia. Rileva inoltre che spetta al Lasio il merito di avere per primo richiamata l'attenzione sulla replezione incompleta del bacinetto nei casi di tumori e conclude con la precisa indicazione della terapia radicale sin dall'inizio (nefroureterectomia).

La ghiandola di Harder nella proteotossicosi.

BELFANTI S. — L'O. fa una rapida esposizione di ciò che s'intende per proteotossicosi, dimostrando i rapporti che intercedono tra questi subitanei avvelenamenti da proteine introdotte per via endovenosa e l'anafilassi.

Riferisce poi intorno ad un singolare fenomeno da lui osservato nella cavia in seguito all'iniezione di siero d'anguilla. A seconda della dose iniettata si osserva, con la morte subitanea dell'animale, un'ipersecrezione lacrimale accompagnata da un forte quantitativo di globuli di grasso, sì da dare a questa lacrimazione l'aspetto di una secrezione lattiginosa. Tale fenomeno è costante sotto l'azione dell'ittiotossina, ma si riscontra anche, sebbene più raramente, in altri shocks, ad es. nello shock anafilattico da istamina. Questa ipersecrezione, che in condizioni normali non si osserva (avendosi nel secreto lacrimale della cavia solo pochi globuli di grasso), proviene dalla ghiandola di Harder, ghiandola situata dietro il bulbo oculare, presso la lacrimale, e che è conosciuta fin dal 1675. L'O. si domanda se la fuoruscita violenta del grasso conseguente allo shock ittiotossico sia dovuta soltanto ad un'ipersecrezione ghiandolare, quale fu osservata nell'anafilassi anche per le ghiandole salivari, per la linfa del dotto toracico e per la secrezione pancreatica, oppure se tale eliminazione del grasso degli acini della ghiandola si accompagni ad un'alterazione profonda delle cellule. Le ricerche istologiche in corso potranno forse dire quali alterazioni si compiono in seno alla ghiandola.

Occlusione intestinale da rara forma di ernia interna.

CASTIGLIONI G. — L'O. riferisce un caso da lui operato in cui un'ansa del tenue era strozzata entro al recesso ileocecale superiore. Lo sbrigliamento della fossetta e la riduzione dell'ansa furono seguite da guarigione.

L'O. prende argomento per illustrare l'anatomia delle fossette ileocecali e trarne conclusioni sulla diagnosi e sulla terapia operatoria preventiva e curativa della patologia delle fossette cecali.

A. CERESOLI.

R. Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 29 gennaio 1923.

Presidenza: Prof. Giov. Batt. RIZZO.

Segretario: Prof. DE GAETANI.

La röntgenterapia profonda nelle lesioni organiche del sistema nervoso centrale e periferico.

Prof. BESTA CARLO. — L'O. riassume i risultati di oltre sei anni di prove eseguite metodicamente collo scopo di precisare quali sono le possibilità terapeutiche della röntgenterapia nel campo neuropatologico.

Un primo e più ampio numero di prove è stato fatto su feriti al sistema nervoso centrale e periferico. Da esse risulta che la röntgenterapia dà rapidi risultati in tutti i casi di lesione recente, perchè determina il riassorbimento di stravasi sanguigni, di essudati, di tessuti cicatriziali molli, capaci di produrre fenomeni irritativi od aggravamento dei sintomi clinici per compressione diretta, evitando i pericoli di organizzazione e di ispessimenti cicatriziali. In modo speciale hanno beneficiato i casi di epilessia, di ematomielia e di causalgia.

Un vantaggio notevole hanno pure ottenuto i casi meno recenti, nei quali la sintomatologia clinica dimostrava l'esistenza di ispessimenti più compatti: casi di epilessia da ferita datante da oltre un anno, di dolori nevralgici per aderenza attorno ai tessuti nervosi. L'O. ha ottenuto vantaggi in casi di epilessia che persisteva dopo la cranioplastica tardiva.

Dai risultati ottenuti sui feriti di guerra l'O. è stato tratto alle prove nei malati organici. Per una oramai lunga esperienza egli ritiene indicate le applicazioni röntgenterapiche in tutti i casi nei quali è stato praticato un intervento operativo sul sistema nervoso centrale (tumori cerebrali e spinali, aderenze meningee, ecc.) ad evitare il formarsi di cospicui stravasi sanguigni, il loro organizzarsi con formazione di ispessimenti cicatriziali sempre nocivi, come pure nei postumi di emorragia cerebrale. Ha ottenuto buoni risultati in casi di epilessia a focolaio traumatico o no, anche se datante da lungo tempo, ed in casi di sclerosi in placche, di siringomielia, di meningite spinale sierosa, di radicoliti, di nevriti.

Da due anni va facendo ricerche sistematiche nei postumi di encefalite letargica: per quanto voglia essere riservato nelle conclusioni, trattandosi di un campo oltremodo delicato può dire che nella metà circa dei casi ha ottenuto sensibili miglioramenti, in altri ha potuto arrestare il decorso progressivo della malattia, mentre un certo numero di malati sono stati refrattari alle cure. È un campo nel quale per concludere ha bisogno di un'esperienza su un numero maggiore di malati.

L'O., pur rilevando che la röntgenterapia può in neuropatologia costituire un sussidio terapeutico notevole, mette in guardia dai facili entusiasmi. Innanzi tutto è necessaria una diagnosi di sede molto precisa, più nelle forme inveterate sono indispensabili cure molto prolungate e pazienti (in qualche caso che l'O. ha descritto anche oltre due anni), infine egli deve ricordare che in neuropatologia esiste sempre una limitazione assoluta data dal fatto che i disturbi funzionali dovuti a distruzione degli elementi nervosi sono per se irreparabili, non essendo gli elementi stessi suscettibili di riproduzione. La röntgenterapia può agire solo su quei sintomi dovuti a compressione o ad irritazione degli elementi nervosi per opera di tessuti cicatriziali (proliferazioni nevrogliche, ispessimenti connettivali, essudati, ecc.). Non è mai possibile dire prima della cura quanto risultato potrà essere ottenuto.

Alla comunicazione è seguita una discussione alla quale hanno preso parte i professori Ciaccio, Fichera e Truffi.

Sopra uno speciale reperto ematologico nell'encefalite letargica.

Dott. MAGAUDDA PAOLO. — L'O. ha avuto l'opportunità di studiare diversi casi di encefalite letargica nell'epidemia del 1920 e nella breve ricomparsa del 1922 e poi di seguirne i postumi.

Fa notare che tutti gli AA., che hanno studiato le alterazioni del sangue in detta malattia, hanno riferito dei reperti dal punto di vista quantitativo, ma nessuno, a meno che non sia sfuggito all'O. qualche dato bibliografico, si è occupato fin ora dal punto di vista qualitativo.

L'O. ha riscontrato tanto in casi nel periodo acuto della malattia, quanto in casi di postumi, delle forme immature appartenenti alla serie granulocitica. Forme caratterizzate da protoplasma fortemente basofilo con granulazioni eosinofile associate ad altre granulazioni rosso-violette, grosse, in alcuni casi sparse soltanto nel protoplasma, in altri addossate anche, quasi embricate sopra il nucleo.

L'O. si limita a segnalare il reperto senza azzardare alcuna interpretazione patogenetica.

Influenza ed encefalite sperimentale amicrobica.

(II Comunicazione).

VOLPINO e RACCHIUSA. — Continuando nelle loro esperienze in parte comunicate l'anno scorso e lavorando con 16 casi di influenza e 21 casi di malattie diverse degli organi respiratori hanno ottenuto i seguenti risultati:

1) L'encefalite amicrobica, quasi sempre mortale, con produzione di focolai circoscritti d'encefalite e manicotti cellulari perivasali si ottiene nel 50 % dei casi d'influenza inoculando ai conigli sotto dura gli espettorati glicerinati;

2) L'encefalite amicrobica non si ottiene mai con espettorati glicerinati di ammalati non influenzati e non portatori di virus;

3) L'encefalite amicrobica da inoculazione di sputo influenzale glicerinato può evolvere oltrechè sotto la forma sub-acuta già descritta nella nota

precedente e che ricorda l'encefalite epidemica, anche sotto una forma acuta. In tal caso si trovano nel cervello dei polinucleati; fatto che manca nella forma lenta;

4) L'assenza dei batteri e la non reinoculabilità dell'encefalite sperimentale da influenza son fatti che si verificano tanto nella forma acuta quanto nella sub-acuta;

5) La presenza di corpi microscopici, in parte inclusi nelle cellule (diglia, nervose nobili) in parte liberi e colorabili col metodo del Mann in rosso è stata notata in tutte e due le forme. I detti corpi hanno una struttura speciale e sono caratteristici dell'encefalite sperimentale da sputo influenzale non trovandosi nelle forme di encefalite settica, ottenuta con l'inoculazione sotto-durale di colture di diplo-streptococchi;

6) Nell'espettorato di individui influenzati fissato in toto nel liq. di Mingazzini, incluso in paraffina, sezionato al microtomo e colorato col metodo del Mann si trovano nel protoplasma delle cellule epiteliali corpi che per il colore, le dimensioni e la struttura ricordano quelli trovati nel cervello dei conigli inoculati con gli stessi materiali.

Gli OO. si propongono di verificare fuori del periodo influenzale la specificità o meno di questo ultimo reperto;

7) Gli OO. riaffermano con nuove esperienze di controllo che l'encefalite sperimentale amicrobica da sputo glicerinato, nel coniglio non dipende da alcuna delle specie batteriche presenti nell'espettorato, nè dalle loro tossine, nè dai corpi batterici uccisi, nè dal virus dell'erpete, nè da quella normale salivare e sono perciò condotti ad ammettere l'esistenza d'un virus influenzale specifico.

Sulle modificazioni istologiche del pancreas nei colombi in avitaminosi.

CAMILLO ARTOM. — L'O. ha studiato comparativamente l'aspetto istologico del pancreas dei colombi normali digiuni e beriberici. In questi ultimi, i granuli zimogeni appaiono aumentati di numero, spesso raggruppati in zolle e granulazioni più grossolane, con una disposizione assai più irregolare che non negli animali dei due gruppi precedenti; i canalicoli escretori presentano frequentemente il lume ingombro da formazioni, tingibili con gli stessi colori dei granuli zimogeni, liberi nell'interno del canalicolo, talora riproducenti quasi «a stampo» il decorso dei canalicoli stessi e delle sue ramificazioni.

Queste modificazioni caratteristiche dell'immagine istologica sembrano verosimilmente dovute a stasi o ritenzione di secreto, e confermano i risultati delle ricerche precedenti, in cui lo stesso O. aveva rilevato, con metodi biochimici, un esaltamento delle attività enzimatiche negli estratti del pancreas di colombi beriberici. Esse tendono inoltre a far pensare che le alterazioni delle funzioni digerenti nell'avitaminosi sieno da attribuirsi, non ad una deviazione del normale processo di elaborazione degli enzimi, ma ad una diminuzione o mancanza della loro mobilizzazione ed escrezione verso il tubo digerente.

Il bacteriofago in rapporto all'autosterilizzazione del terreno.

Dott. S. RACCHIUSA. — L'O. riassume le ricerche fatte sino ad oggi sul bacteriofago ed espone le sue ricerche sul terreno.

Istituendo delle ricerche sistematiche sul terreno prelevato da diversi strati e di diversa specie ha trovato:

1) nel terreno superficiale e precisamente nella polvere di stanza la ricerca del bacteriofago è negativa;

2) sul terreno battuto e quello smosso la ricerca è positiva al 7° passaggio. In quello di giardino al 2° passaggio;

3) sul terreno prelevato da una profondità di cm. 10 al 4° passaggio; a cm. 50 al 4°-5° passaggio, a 1 metro e m. 1.50 al 2°-3° passaggio ed infine a 3 metri positiva al 2° passaggio.

Conclude che il bacteriofago nel terreno è in rapporto inverso alla quantità di germi per cui si può pensare ad una sterilizzazione del terreno profondo per mezzo del bacteriofago.

Contributo allo studio del batteriofago.

G. CAVALIERE (laureando in medicina). — L'O. riferisce su alcune ricerche fatte dal batteriofago dalle quali risulta:

1) la presenza del batteriofago nelle urine normali e patologiche;

2) la presenza del batteriofago nel liquido ascitico (trasudato);

3) l'incapacità del batteriofago a lisare culture uccise;

4) l'incapacità del batteriofago a dare emolisi ed a deviare il complemento;

5) che il batteriofago, dopo centrifugazione per 6 ore a 4000 giri, si trova ancora nello strato più superficiale del liquido centrifugato.

S. RACCHIUSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

SISTEMA NERVOSO.

Sintomi di allarme nella meningite tubercolare dell'adulto.

L'evoluzione della meningite tubercolare nell'adulto è anormale in confronto di quella ciclica del bambino; è però necessario precisare i sintomi che possono attirare precocemente l'attenzione, i quali, sebbene insufficienti per confermare la diagnosi, la indirizzano verso le ricerche da farsi sul liquido cefalo-rachidiano. Tali sintomi di allarme sono stati studiati da E. TEERIS (*Gazette des Hôpitaux*, 3 e 5 aprile 1923) sopra una ventina di casi e sarebbero i seguenti:

Cefalea. — Può essere l'unico segno clinico; raramente violenta, è talvolta tanto leggera da non attirare nemmeno l'attenzione del malato; di solito diffusa, raramente localizzata alla regione frontale o parieto frontale, è spesso intermittente con tendenza vesperale; non è aumentata dai colpi di tosse nè dai cambiamenti di posizione. Va ricercata sistematicamente nei bacillari in cui può guidare e far cambiare la prognosi.

Obnubilazione. — È leggera discreta e colpisce particolarmente quando si conosce bene l'ammalato, che si interessa meno di prima alle letture, che risponde con torpore alle domande ed ha un aspetto di assente; talvolta questo stato fa passaggio brusco o graduale ad un vero stato comatoso in cui la diagnosi può essere esitante con la meningite cerebro-spinale e con l'encefalite epidemica; in tali casi è di supremo aiuto la puntura lombare.

Costipazione. — Questo segno è tanto più importante in quanto che la diarrea è assai frequente nei tubercolotici.

Questi tre segni sono talvolta i soli che risultano dall'esame del caso e, nel corso di una tubercolosi viscerale debbono far sospettare la complicazione meningea; rarissimi sono il tripode meningitico classico, la posizione di cane da caccia, le vertigini; i vomiti non rivestono di solito il carattere cerebrale.

Riflessi. — In qualche caso si ha una esagerazione, la quale ha valore reale quando è unilaterale; essa predomina agli arti inferiori, è variabile di ampiezza e si accompagna spesso a clono del piede od a movimenti epilettoidi provocati della rotula o del piede.

Sensibilità. — Trattasi di solito di segni localizzati, frusti, in forma di semplici crampi, di fenomeni di iperestesia, di formicolii, di criestesia, di anestesia; occorre però la massima prudenza e la diagnosi va fatta per via di eliminazione, non dimenticando che tali segni possono essere dovuti ad una sindrome di irritazione radicolare, specialmente ad un morbo di Pott. In un caso dell'A. il solo segno è stato un'afasia progressiva, rapida.

Motilità. — Le lesioni motrici sono multiple nella loro varietà con predominanza di qualche segno particolare; talvolta è una emiplegia iniziatasi con monoplegia dell'arto inferiore e con paresi del superiore; tal'altra è colpito soltanto un gruppo di nervi (paralisi dell'oculomotore comune od esterno, del facciale); abbastanza frequentemente sono colpiti i nervi della base. Sono affatto eccezionali le convulsioni e le contratture localizzate; quelle generalizzate appartengono al periodo terminale.

Ipertensione. — Può essere isolata oppure accompagnarsi a tutta la gamma della reazione del liquido cefalo-rachidiano; e specialmente alla iperalbuminosi; con questa si ha anche la linfocitosi, sebbene all'inizio si abbiano talvolta delle crisi di polinucleosi; con una linfocitosi marcata, è costante la presenza di bacilli di Koch, che esigono per essere trovati una centrifugazione di un'ora con 3-4.000 giri. L'ipertensione del *liquor* si accompagna il più spesso alla cefalea ed oscilla fra 45 e 70 di tensione massima. Si ha spesso una riproduzione rapida del liquido e talvolta una caduta rapida della pressione dopo l'evacuazione di soli 3-5 cmc. L'A. richiama l'attenzione sulla rarità dei fenomeni di compressione e sull'interesse clinico del manometro di Claude nel trattamento ora divenuto classico mediante le punture lombari ripetute; l'effetto si rivela con la scomparsa della cefalea, delle crisi convulsive dello stato di torpore, ecc.

In complesso, si deve tener presente che la meningite tubercolare dell'adulto è sempre secondaria ad una lesione tubercolare latente o manifesta; attacca di solito la corticalità specialmente nella convessità dell'encefalo e costituisce dei piccoli focolai spesso nettamente localizzati sia sulle meningi, sia attaccando anche la corteccia, sia nel parenchima cerebrale; tale localizzazione, opposta alla generalizzazione della forma infantile, spiega la frequenza delle forme monosintomatiche.

Affatto variabile è l'evoluzione per cui si hanno talvolta ammalati che muoiono in poche ore con sintomi impressionanti ed altri in cui i sintomi scompaiono per ritornare in se-

guito sotto aspetti clinici svariati. Nel decorso di una tubercolosi viscerale, il pratico farà quindi bene ad esaminare le funzioni motrici, riflesse sensitive, ecc; e non raramente potrà in tal modo sospettare la complicazione meningea che la puntura lombare permette di confermare.

fil.

Sulla corea di Sydenham.

Greenfield e Wolfsohn hanno potuto studiare clinicamente ed anatomopatologicamente un caso di corea.

Si trattava (*The Lancet*, n. 5168, 1922), di una bambina di sette anni con manifestazioni coreiche gravi da otto giorni. Durante la degenza in ospedale, non furono notati violenti movimenti, ma un aggravamento dello stato generale e la morte.

All'autopsia si notò il cuore dilatato con vegetazioni sulle valvole mitralica e aortiche.

All'esame istologico del cervello, in tutta la parte sita al disopra della protuberanza, si notarono lesioni lievi di encefalite consistenti in infiltrati di piccole cellule rotonde, con dilatazione dei vasi sanguigni e lesioni degenerative delle cellule nervose. Tali lesioni somigliano a quelle dell'encefalite epidemica, ma in questa affezione le lesioni infiammatorie predominano generalmente nei peduncoli e sono più marcate nella sostanza grigia, mentre che nel caso in esame esse sono limitate al cervello, e sono marcate in alcune regioni bianche, come nella capsula esterna ed interna. Infiltrazione di cellule rotonde si osserva nella testa del nucleo caudato sinistro, nei gangli della base e negli strati ottici: corteccia e centro ovale sono meno presi. Le alterazioni vascolari consistono in trombosi, infiltrazioni perivascolari, distensione dei capillari, proliferazione degli endoteli.

I tubercoli quadrigemini sono poco lesi; i nuclei dell'oculo motore, il nucleo rosso, sembrano normali.

L'A. conclude dicendo che le lesioni rassomigliano a quelle che si trovano in alcune forme di encefalite e che sono talora localizzate e molto scarse.

MONT.

Il trattamento delle sequele dell'encefalite epidemica.

Le recenti epidemie di encefalite epidemica hanno dimostrato che molte delle credute sequele non erano che forme di encefalite ad evoluzione lenta; contro queste manifestazioni si ricorrerà all'urotropina per via orale a dosi decrescenti da 2 ad 1 grammo, associandovi le iniezioni sottocutanee di essenza di trementina; la rivulsione alla spina dorsale, la idroterapia ed un regime ipotossico.

Contro le sequele vere e proprie, quali sono le sindromi parkinsoniane e le mioclonie, secondo L. Cheinisse (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, 20 gennaio 1923) vengono consigliati i rimedî seguenti:

Arsenicali ad alte dosi; in forma di iniezioni di cacodilato di soda; i risultati non sono durevoli e si possono avere fenomeni di intossicazione anche gravi. *Bromidrato di cicutina*, in soluzione a 1 ‰, iniettata sottocute a dosi crescenti da cinque decimilligrammi a tre mg.; nelle forme miocloniche gravi si fanno iniezioni giornaliere, altrimenti 2-3 la settimana; quando si vigilino fegato, reni, tensione arteriosa, non sono da temere inconvenienti; le scosse miocloniche e gli spasmi dolorosi diminuiscono fino anche a scomparire. *Ioduro di sodio* per iniezioni endovenose; non avrebbe dato miglioramenti manifesti. *Fenil-malonil-urea* (luminal) alcuni hanno osservato buoni risultati, secondo altri le dosi di 20 cg. al giorno in due volte danno perdita di forze notevole; viene anche consigliata la associazione del luminal con la scopolamina.

Risultati contraddittorî sono stati ottenuti con *metodi bioterapici*, quali le iniezioni endovenose del proprio liquido cefalo-rachidiano, le iniezioni di siero di convalescenti, la autoemoterapia, ecc. Nel giudicare l'efficacia di tutti i rimedî nella encefalite epidemica, non bisogna dimenticare che le sindromi parkinsoniane consecutive a tale malattia subiscono soste spontanee e che si potrebbe interpetrare come successo del rimedio ciò che non è se non miglioramento spontaneo.

fil.

Sciatica e malattia sacroiliaca.

Gowers considera tutti i casi di sciatica con persistente dolorabilità del nervo come neuriti, ma ciò sembra eccessivo a Holmes il quale osserva che nella nevralgia facciale, all'infuori di ogni nevrite, i tronchi nervosi sono dolenti.

John Cowan (*Brit. med. Journ.*, 1923, p. 372) ha osservato che il dolore dell'articolazione sacroiliaca è spesso associato a dolore del nervo, che persiste dopo la scomparsa del dolore articolare.

Barrè e Duprez descrivono tale sindrome col nome di sciatica sacroiliaca. Si tratterebbe di una diffusione del processo flogistico reumatico al nervo, come si ha pure in quelle forme di lombaggine che interessano gli attacchi fibrosi dei muscoli alla faccia posteriore del sacro.

Vi è una stretta relazione tra l'articolazione

sacroiliaca e il nervo sciatico. Il plesso lombo-sacrale innerva l'articolazione e quindi una lesione di questa può provocare dolore irradiato nel nervo. Il plesso è separato dall'articolazione per mezzo del solo muscolo piriforme, onde è facile che una periartrite estendendosi produca una neurite.

Il cammino è doloroso nella sciatica e nell'osteoartrite sacroiliaca: in entrambe è dolorosa la manovra di Lasègmie, e reca sollievo il riposo a letto in posizione semiprona del corpo e semiflessa della coscia.

Ottimi risultati si sono ottenuti con la cura locale dell'articolazione sacroiliaca in molti casi di sciatica (calore radiante, massaggio, ionizzazione iodica). Talora occorre rompere delle aderenze con gli esercizi svedesi, o mercè la manovra che si usa per la distensione del nervo. La diatermia sembra aver dato risultati migliori di ogni altro trattamento. La corrente galvanica (anode sui punti dolorosi del nervo) insieme alla ionizzazione è spesso utile.

DORIA.

La demenza senile.

È caratterizzata da inattitudine allo sforzo, inerzia, facile stanchezza, difficoltà di attenzione e di critica dei fatti e degli atti. L'amnesia riguarda specialmente i fatti recenti e si manifesta particolarmente come assenza di memoria verbale, per cui il malato usa delle perifrasi per indicare gli oggetti e si aiuta con le espressioni «macchina», «cosa»; le idee astratte ed il valore simbolico degli oggetti si cancellano rapidamente. Il carattere si altera, l'irritabilià diventa tale che i malati hanno tendenza a percuotere; anche l'affettività è turbata con manifestazioni di egoismo, di autoritarismo, di tenerezza lacrimosa; si osserva talora un senso di euforia. La personalità sociale è di solito conservata almeno all'inizio, ma invece è profondamente turbato il senso morale, arrivandosi anche ad atti delittuosi, come furto, falso, oltraggio al pudore; gli atti sessuali però non hanno quasi mai conseguenze gravi perchè la capacità immaginativa oltrepassa quella funzionale.

Dalla demenza Claude (*Journal des praticiens*, 31 marzo 1923) distingue la *presbiofrenia*, che sarebbe una sindrome premonitoria della demenza; in essa i disturbi della memoria sono più accentuati e dominano tutto il quadro delirante, portandosi sui fatti recenti, mentre i ricordi antichi sono ben conservati. Vi sono tendenze marcate alla fabulazione; l'indebolimento intellettuale è meno profondo che nella demenza, le convenienze sociali sono generalmente rispettate.

Le cause della demenza arterio-sclerosa sono difficili da determinare; hanno parte importante l'eredità e le intossicazioni specialmente l'alcoolismo; sono state invocate anche le infezioni (sifilide, tubercolosi).

La comparsa della demenza non ha relazione diretta nè con l'età, nè con la sensibilità dell'individuo; l'inizio è generalmente lento e progressivo, ma talvolta anche brusco; sono poi caratteristici di questa malattia gli attacchi successivi interrotti da periodi di calma. In qualche caso si hanno all'inizio leggeri disturbi psichici, poi un leggero ictus che si riduce a torpore od a cefalea ed a incontinenza intermittente; in altri casi si ha invece un accesso delirante acuto, in altri ancora una demenza lentamente progressiva con disorientazione, confusione, delirio onirico. Nella clientela cittadina non sono rari i casi in cui solo l'apparenza fisica è debilitata, mentre invece persiste una attività psichica notevole poi si sviluppano improvvisamente idee deliranti, seguite da semicoma e da accidenti cardio-renali che portano a morte in 2-3 settimane.

fil.

Lo shock da elettricità ed il suo trattamento.

L'argomento è stato discusso alla Royal Society of Medicine e viene largamente riferito in *Archives of Radiology and Electrotherapy* del marzo 1923. S. Jellinek osserva che la morte può essere istantanea, lenta, ritardata oppure può venire interrotta. Le cause che la provocano sono: lo *shock*, l'irritazione eccessiva o la paralisi del sistema nervoso, la paralisi del cuore o quella del sistema respiratorio. I fenomeni sono però essenzialmente di natura funzionale e di fatto l'autopsia è quasi del tutto negativa; unici segni sono quelli locali in forma di emorragie cutanee al punto d'entrata ed anche nei muscoli; l'edema del cervello e dei polmoni indica solo che la morte è stata protratta, le lesioni degenerative microscopiche del sistema nervoso e di altri organi non sono mai tali da spiegare la morte.

È però importante conoscere che la morte, nella maggior parte dei casi è soltanto apparente; l'O. che ha veduto migliaia di accidenti da elettricità insiste quindi sulla necessità di praticare subito e di continuare a lungo la respirazione artificiale, che agisce non solo sul polmone, ma anche sul cuore e sul circolo. Anche altri OO. appoggiano questa pratica la quale dovrebbe venire insegnata a tutti quelli che lavorano in vicinanza di apparecchi elettrici. La respirazione artificiale va continuata fino a che non si sia sicuri della morte dell'individuo colpito; questa può veni-

re accertata secondo P. Cumberbatch applicando la corrente faradica ai muscoli degli arti; la mancanza di eccitabilità è segno sicuro di morte. In qualche caso la morte potrebbe attribuirsi a fibrillazione ventricolare ed allora l'unico rimedio sarebbe il massaggio diretto del cuore, che però è evidentemente di difficile applicazione; potrebbe forse tentarsi la vibrazione violenta sul torace, da farsi con un vibratore in uso in elettroterapia. Il concetto della morte per fibrillazione nei colpiti da elettricità è più che altro teorico e non risulta che sia stato confermato nell'uomo; la fibrillazione può escludersi quando si percepisce il polso o si ascoltino i toni cardiaci; la respirazione artificiale, iniziata subito e continuata a lungo rimane il rimedio da applicarsi in ogni caso. *fil.*

SEMEIOTICA.

Le iniezioni di adrenalina per la riattivazione della malaria latente.

G. Comporti (*Igiene Moderna*, ott. 1922), ha trattato con questo metodo 27 malarici, scegliendo individui non curati o male curati, per lo più molto pallidi, con milze grosse, con alterazioni del sangue che facevano sospettare una infezione malarica in atto (emazie punteggiate, policromatofilia, leucopenia). In nessuno dei casi trattati le iniezioni hanno determinato l'immissione in circolo di parassiti; in quattro individui, in cui prima delle iniezioni si erano riscontrati rarissimi parassiti, questi non aumentarono dopo le iniezioni, nè si cambiò la forma parassitaria. Nessuna diminuzione si osservò nel volume della milza; in due casi si manifestò la febbre spiegabile però con altri motivi. L'A. conclude affermando il nessun valore delle iniezioni di adrenalina per la riattivazione della malaria latente. A. Z.

La mobilitazione del meningococco.

Se in un soggetto sospetto di meningite cerebrospinale, malgrado un liquido chiaro, alla prima puntura, s'inietta una piccola quantità di siero antimeningococcico nello speco vertebrale (5 o 10 cmc.), si ha una reazione difensiva delle meningi, con un afflusso di polinucleari, favorendo in tal modo la mobilizzazione del meningococco, che si trova numeroso nello esame diretto del liquor di una seconda puntura. P. Sainton ed E. Schulmann (*Bolletin médical*, n. 23) citano quattro casi nei quali hanno potuto utilizzare questo procedimento che paragonano all'apparizione del gonococco nel liquido di alcune uretriti.

FAUSTO AMANTEA.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro la tubercolosi in Prussia.

La legislazione prussiana ha intrapresa una pertinace campagna contro la tubercolosi. Uno dei mezzi è dato dalla denuncia obbligatoria degli ammalati. Molti casi di tubercolosi polmonare e laringea devono essere denunziati in vita; altri, a voce o per scritto, nello spazio di 24 ore ad una settimana dopo il decesso. È d'obbligo il referto del medico curante, o, se non è stato chiamato un medico, del capo di casa.

Quando il paziente cambia residenza, il cambiamento deve essere denunciato a voce o per scritto dal capo di casa e dall'ufficiale sanitario del distretto, e sul rapporto devono essere indicati l'antico e il nuovo indirizzo. Nel caso che manchi il capo di casa, la denuncia può essere fatta dallo stesso paziente. La denuncia delle morti che avvengono negli ospedali, nei sanatorii, nelle case di maternità, nelle prigioni è dovuta dal capo di questi istituti o da persona che può essere designata dall'ufficiale sanitario. Le autorità debbono fornire *gratis*, su richiesta, i foglietti in bianco per le denunzie. I laboratori batteriologici devono fornire i risultati degli esami di espettorati sospetti al medico curante ed all'ufficiale sanitario.

Questi ha poi l'incombenza di dare gli ordini per la disinfezione degli appartamenti. Le spese della disinfezione devono gravare sui fondi pubblici soltanto se il paziente non è in grado di sostenerle. La spesa non deve eccedere un certo limite (1500 marchi).

(*Annali d'Igiene*, 1922, p. 937).

POSTA DEGLI ABBONATI.

La cura ricalcificante di Ferrier nella tubercolosi. Ai dottori L. Andalò da Medicina, S. Tedesco da Allimena e G. D. P., abb. 9799:

È basata sui principî seguenti: 1) Guarigione spontanea con calcificazione dei tubercoli. 2) Coincidenza di attacchi di carie dentaria, attacchi polmonari evolutivi e di fosfaturia. 3) Variazione del peso specifico degli individui secondo i periodi di decalcificazione e di ricalcificazione. 4) Variazione corrispondente del corrispondente di demineralizzazione (rapporto fra residuo organico e residuo totale dell'urina), che da 30 % si eleva a 37 % e si abbassa nel periodo di recalcificazione. 5) Variazione di frequenza della tubercolosi secondo i caratteri del suolo e delle acque della regione.

Ne viene quindi di conseguenza l'idea di sostituire le perdite che l'organismo subisce; la semplice introduzione degli elementi perduti è però affatto inutile se l'organismo non è in grado di fissarli. Si deve quindi: 1) Evitare la demineralizzazione, riducendo al minimo la

formazione di acidi (correzione di dispepsia acida, di stasi gastriche) e proscrivendo dall'alimentazione gli acidi (vino, aceto, insalate, frutta acide, fra cui aranci e limoni, acetosella) od i produttori di acidi (grassi, salse). 2) Saturare gli acidi con alcalino-terrosi (fare uso di acque dure per carbonati di calce e magnesia, somministrare a metà di ogni pasto polveri di: Carbonato di calcio cg. 50; Fosfato tribasico di calcio cg. 20; Magnesia calcinata e cloruro di sodio ana cg. 15). Remineralizzare l'organismo specialmente per mezzo dell'alimentazione; la calce si trova a preferenza in uova, latte, fagioli, cavoli, asparagi, fichi; la magnesia in uova, cervello, animelle di vitello, castagne; il fosforo in uova, latte, pesce, formaggio, legumi, carote, mandorle, fichi; il ferro in uova, carni rosse, legumi secchi, asparagi; la silice in fagioli, fave, cavolfiori.

La medicazione recalcificante è controindicata negli arteriosclerotici; essa inoltre può essere mal tollerata per irritazione delle vie di escrezione da parte di ossalato ed urato di calcio. I segni di intolleranza consistono in malessere, con ventre meteorico e costipazione alternante con diarrea, inappetenza, prurito cutaneo, pitiriasi secca, eritemi e tosse a tipo di pertosse. La fissazione intensiva della calce si traduce con miglioramento generale e locale.

Oltre alla formola sopra citata si possono usare le seguenti: Carbonato di calcio gr. 5; Acqua distillata, Acqua di menta ana gr. 440; Sciroppo di zucchero gr. 10; a cucchiaiate dopo i pasti. Oppure: Carbonato di calcio, Fosfato di calcio ana gr. 5; Carbonato di magnesio gr. 1,50; Silicato di calcio gr. 0,30; Fluoruro di calcio gr. 0.10; per carte 10, una prima di ogni pasto.

La cura recalcificante va continuata (salvo le controindicazioni stabilite dalla intolleranza) per 2-3 mesi, poi la si continua per serie di 10-15 giorni alternati con periodi di interruzione di uguale durata. La somministrazione della sola calce però non farebbe che aumentare la foafaturia e quindi aumenterebbe la demineralizzazione; è dunque necessario associarvi l'uso dell'adrenalina.

A. FILIPPINI.

Potere antisettico delle soluzioni di acido salicilico. — All'abb. n. 8284:

Le soluzioni acquose di acido salicilico, sature al 2 ‰, o eventualmente in concentrazione maggiore, nelle combinazioni borosalicilische, servono per la disinfezione e detersione di superfici o cavità settiche (piaghe, cavità ascessuali, endometriti).

L'azione antisettica dell'acido salicilico però non assicura la sterilizzazione dell'acqua solvente, se questa non sia stata bollita, oppure se venga versata in recipienti (irrigatori, bacinelle, ecc.) non rigorosamente sterilizzati.

Dette soluzioni non possono adottarsi per la disinfezione delle mani; non possono servire, mediante immersione più o meno prolungata, per la disinfezione di strumenti di gomma, vetro, metallo (cateteri, siringhe, aghi, ecc.).

F.

Al dott. G. D. da C.:

Il volume di U. Beesly & T. B. Johnston «A Manual of surgical Anatomy» è edito da Henry Frowde e Hodder e Stoughton. 1-2 Bedford Str. Strand. London, W. C. 2. — Prezzo intorno alle 80 lire it.

L. D.

All'abb. n. 8796:

L'anestesia locale in chirurgia pediatrica ed in ortopedia di O. Nuzzi. Editore L. Cappelli, Bologna, 1922.

L. D.

Al dott. S. M., Zara:

Gli studi recenti sulla febbre biliosa emoglobinurica sono riassunti in «Annali d'Igiene», 1922, p. 910 e ss., e 1923, p. 219 e ss.

R. B.

VARIA

Dieci milioni di diverse sindromi endocrine.

R. G. Hoskins redattore capo di «Endocrinology» in una sua brillante e acuta conferenza all'Ohio State University dopo riferito che nel 1920 si ebbero su argomenti endocrini 2200 lavori diluiti in 400 periodici, calcola che potendosi considerare come quasi dimostrate nove diverse ghiandole ad azione endocrina e dovendosi di ciascuna considerare disfunzione, iperfunzione, ipofunzione, disfunzione più iperfunzione, disfunzione più ipofunzione e normalità, cioè sei casi, ne consegue che il numero possibile di casi o di sindromi cliniche diverse, rappresenta la nona potenza di sei cioè: 10,077,696 possibilità, delle quali una sola rappresenta la norma.

Vi è quindi largo margine per descrivere le 10,077,696 sindromi cliniche residue che il calcolo fa prevedere, ma tutto non è qui, perchè se si tien conto delle possibilità di supplenze funzionali e degli squilibrii di iperfunzione o di ipofunzione che possono conseguire si arriva a calcoli così complessi che possono essere risolti, e solo con approssimazione, dal più astruso calcolo integrale.

(Da *Pathologica*, 15 gennaio 1923).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Le nuove disposizioni per le pensioni dei sanitari.

(Continuazione e fine; vedi fasc. 24).

Riconoscimento dei servizi.

Art. sei.

È concesso il riconoscimento, agli effetti del trattamento di riposo, dei periodi di servizio di assistente effettivo universitario in qualsiasi cattedra d'insegnamento e di assistente negli ospedali e nelle cliniche universitarie, che il sanitario inscritto abbia prestato dopo il conseguimento della laurea e prima o dopo la iscrizione alla Cassa.

A tale effettto il sanitario deve presentare domanda nei termini stabiliti nel successivo articolo 7 ed assoggettarsi al pagamento di un premio di riscatto nella misura e con le modalità indicate negli articoli 8, 9 e 10.

I sanitari ai quali durante i servizi prestati prima o dopo l'iscrizione alla Cassa come assistenti effettivi di cattedre universitarie o come assistenti negli ospedali o nelle cliniche siano state eseguite le ritenute in conto entrata del Tesoro, ai sensi dell'art. 3 della legge 7 luglio 1876, n. 3212, serie 2a, hanno diritto di cumulare, agli effetti della indennità o della pensione da liquidarsi ai termini del presente decreto, i servizi predetti con quelli prestati con versamento di contributi alla Cassa di previdenza.

La pensione o l'indennità sarà in tal caso liquidata ai termini dell'art. 1 del presente decreto.

Art. sette.

Quando il servizio da riconoscere al sanitario agli effetti del trattamento di riposo, ai sensi dei precedenti articoli 3, 5 e 6 sia stato prestato prima della iscrizione alla Cassa, la domanda di riconoscimento deve essere presentata dal sanitario entro due anni dalla sua iscrizione: quando invece il servizio predetto sia prestato dopo l'iscrizione alla Cassa, la domanda deve essere presentata dal sanitario entro due anni dal successivo reingresso in regolare servizio presso uno degli enti di cui all'art. 1, sub. 1, del presente decreto.

I sanitari in servizio alla data di pubblicazione del presente decreto dovranno produrre la domanda di riconoscimento dei servizi che intendono di riscattare, entro due anni dalla data stessa.

Fermi restando i termini di cui ai commi precedenti, la domanda di riconoscimento deve essere sottoscritta e presentata dal sanitario prima della sua cessazione definitiva dal servizio.

La domanda sopradetta sarà sottoposta alla deliberazione del Consiglio di amministrazione. Contro tale deliberazione potrà essere presentato ricorso alla Corte dei conti in Sezioni unite nei termini e nei modi di cui all'art. 34 del testo unico approvato con Regio decreto 2 gennaio 1913, n. 453, libro III, parte 3a, modificato col precedente articolo 1.

Le deliberazioni del Consiglio di amministrazione diventano definitive o per accettazione delle parti interessate, o per decorrenza di termini o per decisione della Corte dei conti.

Premio di riscatto.

Art. otto.

Il premio di riscatto a cui deve assoggettarsi il sanitario per ottenere il riconoscimento di servizi agli effetti del trattamento di riposo, ai sensi dei precedenti articoli 3, 5 e 6, è dato dal capitale accumulato corrispondente ai due terzi dei contributi complessivi di cui all'art. 1, sub. 5 e 6 del presente decreto, per un periodo di tempo uguale a quello di cui si chiede il riconoscimento, determinato secondo le norme allegate al decreto.

Per il servizio prestato prima della data di attuazione del presente decreto, il premio di riscatto, di cui al comma precedente, è ridotto del 40 per cento.

Art. nove.

Il sanitario ha la facoltà di versare il premio di riscatto di cui all'articolo precedente in una sola volta, ovvero di chiedere che la somma corrispondente sia trasformata, in base alla tabella *C* unita al presente decreto, vista d'ordine nostro dal Ministro delle finanze, in una annualità vitalizia temporanea da pagarsi a rate mensili per un periodo di tempo non superiore al numero degli anni di servizio riconosciuti, e in ogni caso mai superiori ai quindici anni.

Il sanitario che abbia ottenuto l'accoglimento della domanda di riscatto e che non versi l'intero premio o non inizi il versamento rateale entro un mese dalla data in cui la relativa deliberazione del Consiglio di amministrazione sia divenuta definitiva, decade dalla ottenuta concessione.

Il sanitario che passi alla dipendenza di un ente diverso da quello presso cui ha iniziato il pagamento rateale o che riassuma il servizio dopo una interruzione, dovrà riprendere il versamento delle rate ancora dovute a partire dal mese successivo a quello del nuovo ingresso in servizio.

I debitori morosi saranno tenuti al pagamento degli interessi composti del cinque per cento, sulle rate scadute e non ancora pagate.

Art. dieci.

Il sanitario che sia collocato a riposo prima di aver completato il versamento delle annualità di cui all'articolo precedente, ha la facoltà di versare in una sola volta il valore capitale delle mensilità non ancora pagate, o di chiedere che la pensione spettantegli sia ridotta di una quota vitalizia, da calcolarsi in base alla tabella *B*, corrispondente al valore capitale predetto.

Al sanitario che lasci il servizio con diritto alla liquidazione della indennità di cui all'art. 1, sub. 18, prima del termine del periodo di versamento delle annualità di cui ai commi precedenti, verrà trattenuto sulla indennità il valore capitale delle annualità non ancora pagate, determinato come al comma precedente.

In caso di morte del sanitario prima del termine del periodo di versamento delle annualità di cui ai commi precedenti, nessuna riduzione o trattenuta verrà fatta sull'assegno spettante alla vedova o agli orfani; però, se il sanitario sia divenuto moroso, i superstiti aventi diritto all'assegno dovranno pagare le rate scadute con i rela-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

tivi interessi a norma del penultimo comma dell'articolo precedente, e ove essi non paghino tale debito, non sarà computato, agli effetti dell'assegno loro spettante, il servizio di cui fu concesso il riscatto.

Art. undici.

Ai veterinari iscritti alla Cassa alla data di pubblicazione del presente decreto, è concesso il riconoscimento agli effetti del trattamento di riposo dei periodi di servizio prestati con nomina regolare e con percezione di stipendio, prima dell'attuazione della legge 25 giugno 1902, n. 272, presso comuni che non avevano regolarmente istituita la condotta veterinaria.

A tale effetto il veterinario deve presentare domanda entro due anni dalla data di pubblicazione del presente decreto, e se a quella data non fosse in regolare servizio presso uno degli enti di cui all'articolo 1, sub. *i*, entro due anni dal suo reingresso in servizio regolare presso uno di tali enti.

Fermi restando i termini di cui al comma precedente, la domanda di riconoscimento deve essere sottoscritta e presentata dal veterinario prima della sua cessazione definitiva dal servizio. Per ottenere il riconoscimento dei servizi di cui al primo comma del presente articolo, il veterinario deve assoggettarsi al pagamento di un premio di riscatto nella misura e con le modalità indicate negli articoli precedenti.

Situazioni speciali.

Art. dodici.

Ai sanitari nominati regolarmente per la prima volta dopo l'attuazione del Regio decreto 18 settembre 1919, n. 1825, è concesso il riconoscimento, agli effetti del trattamento di riposo, del periodo di servizio provvisorio o interinale eventualmente prestato prima della nomina regolare nello stesso ente ove furono poi regolarmente nominati, purchè i servizi stessi siano stati iniziati dopo l'attuazione del decreto luogotenenziale 31 agosto 1915, n. 1420, e prima dell'entrata in vigore del Regio decreto suddetto, e fra i servizi medesimi e quelli prestati con nomina regolare non vi sia stata interruzione, e semprechè la domanda di riconoscimento venga presentata dal sanitario nei termini indicati nell'articolo 7 del presente decreto.

Il premio di riscatto da pagarsi dall'iscritto che ottenga il riconoscimento dei servizi di cui al comma precedente, è dato dal capitale corrispondente al contributo personale di cui all'articolo 1, sub. 5, del presente decreto, per un periodo di tempo eguale a quello riconosciuto, con i relativi interessi composti al saggio legale.

Per il servizio prestato prima della data di attuazione del presente decreto, il premio di riscatto è commisurato al contributo di cui al comma precedente, ridotto del 40 per cento.

Le modalità di pagamento del premio di riscatto di cui ai due commi precedenti sono quelle indicate negli art. 8, 9 e 10 del presente decreto.

Art. tredici.

Servizi non riscattati.

Per i sanitari iscritti alla Cassa anteriormente alla pubblicazione del presente decreto, il servizio militare con interruzione di carriera e i servizi interinali e provvisori, nonchè i servizi regolari non riscattati saranno calcolati utili ai soli effetti del raggiungimento del diritto a indennità o a pensione, secondo le norme da stabilirsi dal regolamento.

Disposizioni transitorie.

Art. quattordici.

A partire dalla data di attuazione del presente decreto, la indennità e la pensione ai sanitari iscritti alla Cassa alla data sopradetta e alle loro vedove e orfani, verranno liquidate in bàse alle tabelle *A* e *B* unite al presente decreto, viste d'ordine Nostro dal Ministro delle finanze, con la riduzione del 40 per cento per le quote teoriche di indennità o di pensione relative ai servizi prestati prima della data stessa, secondo le norme indicate nella tabella *A*.

A decorrere dalla data predetta le tabelle *A* e *B* annesse al testo unico approvato con Regio decreto 3 gennaio 1913, n. 453, libro III, parte terza, sono sostituite da quelle annesse al presente decreto.

La valutazione delle maggiori quote d'indennità e di pensioni dirette e indirette da liquidarsi in corrispondenza ai contributi di categoria superiore alla normale versate per il periodo sino al 1° gennaio 1909, continuerà ad essere eseguita tenuto conto delle disposizioni degli articoli 16, 1° capoverso, e 18 della legge 14 luglio 1898, n. 335, e degli articoli 20 e 21 del testo unico, approvato con Regio decreto 2 gennaio 1913, n. 453, libro III. parte terza, mediante l'applicazione delle tabelle *A* e *B* annesse al testo unico medesimo.

Per la trasformazione in assegno vitalizio dei capitali accumulati coi versamenti volontari di cui all'art. 1, sub. 5, del presente decreto sarà applicata l'annessa tabella *B*.

Art. quindici.

A parità dalla data di attuazione del presente decreto, alle pensioni liquidate o da liquidarsi dalla Cassa ai sanitari e alle famiglie dei sanitari cessati dal servizio con decorrenza anteriore alla data sopradetta, verrà apportato un aumento determinato secondo le percentuali sottoindicate:

a) pensioni dei sanitari: il cento per cento sulle prime mille lire; il cinquanta per cento sulle seconde mille lire; il venticinque per cento sulle somme eccedenti le prime duemila lire;

b) pensioni delle vedove e degli orfani: il cento per cento sulle prime cinquecento lire; il cinquanta per cento sulle seconde cinquecento lire; il venticinque per cento sulle somme eccedenti le prime mille lire.

Sono escluse dagli aumenti suindicati le quote di pensione derivanti dai versamenti volontari o dai contributi relativi alle soppresse categorie di cui all'art. 4 della legge 14 luglio 1898, n. 335.

Per le pensioni liquidate dalla Cassa e ripartite con altri enti, l'aumento concesso dal presente articolo rimane a carico della Cassa.

Art. sedici.

A far parte della Commissione tecnica degli Istituti di previdenza in rappresentanza degli iscritti alla Cassa sono chiamati tre sanitari di cui due medici iscritti alla Cassa e un veterinario parimenti iscritto, da scegliersi secondo le norme che saranno determinate dal regolamento.

Art. diciassette.

Il presente decreto avrà effetto dal 1° gennaio 1923.

Entro sei mesi dalla pubblicazione del presente decreto, il Governo del Re, provvederà al coordinamento ed alla pubblicazione del testo unico delle leggi sulla Cassa di previdenza.

Con regolamento da approvarsi con decreto reale in sostituzione di quello vigente saranno dettate le norme per l'attuazione del presente decreto e delle disposizioni delle leggi precedenti sulla Cassa di previdenza che restano in vigore.

Nello stesso regolamento saranno stabilite le norme e le modalità per accertare le cause di morte o di invalidità dipendenti dal servizio, la invalidità al servizio negli altri casi, nonchè la inabilità al lavoro, la nullatenenza e il carico, secondo i vari casi previsti dal presente decreto.

QUESTIONI PRATICHE.

XXXVI. — La indennità caroviveri può essere stabilita dai Comuni che superano il limite legale della sovraimposta?

È noto che la prima indennità caro viveri non è più obbligatoria e la seconda fu sempre facoltativa in confronto degli impiegati degli enti locali, salvi i vincoli validamente costituiti dalle singole amministrazioni.

È sorta questione circa la legittimità della concessione della indennità non obbligatoria da parte dei Comuni che superano il limite legale della sovraimposta e che perciò non possono iscrivere in bilancio spese facoltative, non necessarie.

Ma la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 7 ottobre 1922 n. 249, ric. Parrini, ha dichiarato che, non potendosi disconoscere la necessità che i dipendenti dagli enti locali siano posti in grado di provvedere convenientemente alle esigenze della vita possano i Comuni, anche quando eccedono nei loro bilanci la sovrimposta, concedere la indennità caroviveri nella misura che le condizioni locali esigano. In senso conforme decise la V^a Sezione con sentenza 30 dicembre 1922, n. 797.

Queste decisioni sono notevoli perchè in molti casi l'autorità tutoria ordina la radiazione dal bilancio della spesa per la indennità caroviveri, considerandola non obbligatoria e quindi non consentita ai Comuni che superano il limite legale della sovraimposta.

Con altra decisione (27 ottobre 1922 n. 257 ric. Olivieri) la V Sezione del Consiglio di Stato ha dichiarato che la indennità caroviveri non obbligatoria può essere — ed è giusto che sia — concessa quando rappresenti un complemento necessario allo stipendio stabilito dall'organico; ma se l'aumento rappresenta in media — come nel caso deciso — almeno quattro volte il compenso che gli impiegati avevano nel periodo prebellico, tale fatto induce a concludere che, almeno uno dei caroviveri concesshi deve essere soppresso.

E, infine, con decisione 10 novembre 1922, n. 268, ric. Rovatti, la V Sezione esaminando genericamente il caso dell'aumento dello stipendio degli impiegati dei Comuni che superano il limite legale della sovraimposta — ha stabilito che l'aumento deve essere concesso in relazione all'aumentato costo della vita per effetto della guerra e tenendo presenti anche gli aumenti deliberati da altri Comuni.

XXXVII. — A chi incombe l'obbligo di pagare la ricchezza mobile per lo stipendio.

La ricchezza mobile deve essere pagata da coloro che percepiscono lo stipendio e non dall'ente che li retribuisce; se un diverso sistema sia seguito, è chiaro che le deliberazioni Comunali che attribuiscono l'onere della R. M. all'ente, se anche siano approvate dall'Autorità tutoria, e consacrate in un regolamento o da lunga consuetudine, non possono giustificare la continuazione indefinita di uno stato di cose contrario alla legge. Così ha stabilito con decisione 15 dicembre 1922, n. 304, la V Sezione del Consiglio di Stato, la quale, con altra decisione 30 dicembre 1922, n. 326, ha confermato che « deve ritenersi illegittima la deliberazione del Comune o della provincia che, sotto qualsiasi forma, esonera dal pagamento della imposta di R. M. l'impiegato, che è il vero debitore per accollare l'onere al Comune o alla Provincia, cioè alla massa dei contribuenti ».

Malgrado queste decisioni, la questione è discutibile qualora lo stipendio sia stato attribuito al netto della R. M. con deliberazioni approvate ed eseguite e vi sia, quindi, costituito un vincolo giuridico che, in sostanza, ha per oggetto, la misura dello stipendio. Però, la giurisprudenza amministrativa tende a dichiarare illegittimo ed inefficace il provvedimento che attribuisce l'obbligo del pagamento della R. M. all'ente, anche se la relativa deliberazione sia stata approvata e da tempo eseguita — di questa corrente conviene tener conto ai fini della determinazione dello stipendio, è preferibile, cioè, che la R. M. sia stabilita a carico dell'impiegato e che lo stipendio sia determinato in misura congrua, in considerazione dell'onere che lo grava per la R. M.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Si è riunita l'assemblea straordinaria, nella sala della Federazione Laziale dei Sindacati Fascisti. Il segretario prof. Ermanno Fioretti espose ai numerosi intervenuti le varie questioni in cui il Sindacato è intervenuto.

Per l'accettazione degli infermi a pagamento negli Ospedali si è ottenuto che venga limitata a coloro che hanno un reddito lordo annuo di lire quindicimila; il Sindacato insisterà ora perchè venga fatta pagare la prestazione medica nella misura da un terzo a metà della tariffa dell'ordine dei medici ai degenti con un reddito superiore a lire 9000. Si hanno sicuri affidamenti che il servizio di ambulatorio sarà limitato solo agli economicamente deboli.

Per quanto riguarda il passaggio di alcuni reparti di specialità alle cliniche il Segretario ricorda che il Sindacato sin dal 28 marzo u. s. aveva assunto risoluta posizione avversa a tale passaggio tanto che fu votato il seguente ordine del giorno pubblicato su tutti i giornali cittadini:

«Il Consiglio direttivo del S. M. F. venuto a conoscenza dei ripetuti tentativi fatti presso i competenti Ministeri per il passaggio degli Ospedali riuniti di Roma alle cliniche universitarie protesta contro simili manovre che qualora raggiungessero lo scopo avrebbero per effetto di aumentare enormemente il costo delle degenze e quindi l'onere dello Stato, senza alcun beneficio per l'assistenza sanitaria oggi così egregiamente disimpegnata dal personale ospedaliero».

L'azione ulteriore del Sindacato si svolgerà in armonia a questi concetti. Per l'accettazione degli infermi nelle cliniche si è raggiunto un accordo sul tipo di quello intervenuto con gli ospedali. Quindi il segretario espone le trattative con il R. Commissario e con la Commissione di finanza municipale per la riforma dell'Ufficio d'igiene, trattative che sono ancora in corso, anche per il trattamento pensioni da farsi ai sanitari del Comune. L'opera del Sindacato è stata di tutela di tutte le categorie di medici; ed il Segretario illustrò ampiamente i favorevoli risultati raggiunti per il miglioramento delle condizioni di carriera dei medici carcerari; le assicurazioni ricevute da S. E. l'on. Torre riguardo alla conservazione in servizio dei medici di reparto delle ferrovie; l'azione svolta per ottenere la concessione senza esami del titolo di medici di bordo per gli ufficiali medici di marina in congedo, ed infine quella per impedire che con troppa facilità venga concesso ai medici stranieri la facoltà di esercitare la professione medico-chirurgica in Italia.

Una delle questioni che assorbirono l'attività del Sindacato fu quella dell'assicurazione obbligatoria sulle malattie. Dopo le dimissioni dell'onorevole Cavazzoni da Ministro del lavoro, la questione ha perduto il suo carattere di urgenza. In ogni modo il Sindacato fu e rimarrà contrario a tutti quei progetti che ledano gli interessi della classe medica e valorizzerà il concetto che all'assicurato venga soltanto concesso il sussidio di malattia.

L'ampia relazione del Segretario fu approvata all'unanimità.

Si procedette quindi alla discussione ed all'approvazione dello statuto compilato secondo le norme emanate dalla Confederazione delle Corporazioni. L'assemblea si sciolse con un fervido saluto al Duce, al Fascismo ed al capo della Confederazione Edmondo Rossoni.

Al C. S. S.

Per la elezione del rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità i votanti sono stati 68; il dott. Vacino ha raccolto 49 voti, il dott. Sava 10, il prof. Gallenga 5; due schede recanti il nome errato di Vacino furono dichiarate nulle.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

(Continuazione della sottoscrizione, vedi fasc. 23).

(FIRENZE):

Dott. Falconi Lap	L.	5 —
Dott. Venturi Tommaso	»	10 —
Dott. Mazzetti Carlo	»	20 —
Dott. Franchetti Umberto	»	20 —
Dott. Catanzaro Santini Demetrio	»	20 —
Dott. Valle Tito	»	10 —
Dott. Franceschini Guido	»	10 —
Prof. Ferroni Emilio	»	25 —
Dott. Bazialli Luigi	»	10 —
Dott. Scaglione Salvatore	»	10 —
Dott. Trettenero Mario	»	5 —
Dott. Aymerich Giacomo	»	10 —
Dott. Cantoni Vittorio	»	10 —
Dott. Federici Giov. Battista	»	5 —
Dott. Farnetani Fausto	»	5 —
Dott. Paroli Giovanni	»	5 —
Dott. Patanè Luciano	»	5 —
Ten. Medico Giannantoni Mario (1a Q.)	»	36 —
Ten. Med. Manieri Alberto	»	67 —
Dott. Verdiani Luigi	»	67 —
Dott. Corsini Fortunato	»	21 —
Dott. Pagani Olinto	»	22 —
Cap. Med. Giannotti Dino, 84o F.	»	80 —
Cap. Med. Fabiani Luigi	»	83 —
Cap. Med. Carletti Ezio	»	80 —
Ten. Med. Gelanzè Celestino	»	64 —
Dott. Cossu Alberto	»	20 —
Cap. Med. Pedrazzi Arrigo	»	90 —
Prof. Marri Ezio	»	20 —
Gen. Med. Cionini Giulio	»	85 —
Gen. Med. Sciumbata Giuseppe	»	100 —

(Continua).

CONCORSI

POSTI VACANTI.

CORCIANO (*Perugia*). — Per Mantignana; cura piena; L. 21,000 a *forfait* compresi doppio c.-v., mezzo trasp., mese congedo, affitto ambulat., assicuraz. Serv. entro 15 giorni. Scad. 30 giugno.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 21.

ESPERIA (*Caserta*). — Scad. 24 giugno. Vedi fascic. 23.

LENOLA (*Caserta*). — Ab. 3175. L. 6000 pei pov. Età lim. 40. Scad. ore 12 del 15 luglio.

LEONESSA (*Aquila*). — A tutto 25 giugno. Vedi fasc. 23.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Dirigenti, vicedirigenti e assistenti degli Ambulatori Comunali; vedi fasc. 24. Scad. 30 giugno.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Scad. 1 luglio. Compless. L. 12,5000 oltre due c.-v. Vedi fasc. 24.

OCCHIEPPO INFERIORE (*Novara*). — L. 6000 per 300 pov. su 2780 ab.; inscritti 30; L. 500 per uff. san.; doppio c.-v. Scad. 20 giugno.

PALMANOVA (*Udine*). — Con S. Giorgio di Nogaro. Scad. 30 giu. L. 7500 fino a 1500 pov., addiz. L. 1 fino a 3000 (*sic*); obbligo di tenere sempre il cavallo a disposizione; 3 quinquenni; c.-v. Pov. circa 800 su 2600 ab.

RACCALANA (*Udine*). — Scad. 30 giu. L. 7500 e 3 quinq., 2 c.-v., L. 3000 se cavallo, L. 1000 altro mezzo; L. 500 uff. san.; pov. 70 su 1569 abitanti.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

S. NICOLA LA STRADA (*Caserta*). — Scad. 30 giugno. Stip. L. 6000 lorde, assistenza soli pov.; aumentabili di un decimo per ogni quinquennio; una indenn. caro-viv. Età limite 40 anni.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 4 lug. Due cond.; L. 13,000 ciascuna oltre c.-v. di L. 100 per ammogliati, L. 65 per celibi.

TERAMO. *Congregazione di Carità.* — Direttore del Manicomio. Scad. ore 12 del 30 giu. L. 12,000 lorde e 4 sessenni; c.-v. Iscrizione alla C. P. Età limite 45. Quadriennio in Manicom. o Clin. psichiat. Accettaz. preventiva norme attuali e future. Nomina fra i primi tre classificati. Assunz. servizio entro 1 mese.

TERAMO. *Municipio.* — Uffic. sanit. capo dell'Uff. d'Igiene e dirett. del Labor. del Comune. L. 9000 e 4 trienni; c.-v.; indenn. missione. Titoli ed esami. Per dettagli rivolgersi Prefettura o Comune. (*N. B.* — Con decreto in corso di pubblicaz. sono annullati tutti i concorsi per uff. san., eccettuati quelli per i quali siano già iniziate le prove scritte).

TODI (*Perugia*). — Al 30 giu., per 9 frazioni; L. 6000 oltre L. 1000 disag. resid. e disag. servizio; due c.-v.; L. 3600 (variab.) mezzo trasp., assicur. Serv. entro 20 giorni.

Medici che sappiano scrivere in forma brillante e semplice e che desiderino collaborare ad una rivista di educazione e propaganda igienica sono pregati di scrivere al seguente indirizzo: dott. Tomarchini, casella 174 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A direttore dell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli è risultato in esito a concorso il prof. Luigi Gaetano.

Il sen. Luigi Mangiagalli è nominato Gran Cordone nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il dott. Ducrey Cesare è stato abilitato per esame alla libera docenza in patologia e clinica dermosifilopatica, con voto unanime della Commissione, presso la R. Università di Bologna. Pubblicazione presentata «La dermatosi precancerosa del Bowens». Rallegramenti cordiali al nostro esimio collaboratore.

Hanno recentemente conseguita presso la Regia Università di Roma la libera docenza in radiologia e elettroterapia i dottori Sordello Attilj, aiuto alla Cattedra e aiuto degli Ospedali di Roma e Giuseppe Sighinolfi di Bologna.

La Commissione giudicatrice era composta dei proff. Pestalozza, Ghilarducci, Sgobbo, Mingazzini e Pesci.

Rallegramenti sentiti.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Marzo 1923.

MALATTIE	5-11 marzo		12 18 marzo		19-25 marzo		26-1 aprile	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . .	152	1102	151	1431	145	998	153	1442
Scarlattina. .	72	139	62	174	62	114	72	152
Vajuolo e vajoloide . . .	3	3	2	7	5	7	6	6
Tifo addominale . . .	78	118	64	181	57	103	77	156
Difterite e croup . . .	141	191	110	181	106	148	129	214
Meningite cerebro-spinale	12	14	11	15	10	10	15	20
Dissenteria	—	—	3	3	—	—	—	—

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica: nulla.

Lieve recrudescenza di morbillo specialmente in Lombardia, Veneto, Marche, Campania.

NOTIZIE DIVERSE.

Un sanatorio per i tubercolosi di guerra ad Aspromonte di Calabria.

È stata firmata a Roma una convenzione, tra monsignor Mittiga ed il presidente dell'Opera Nazionale degli invalidi della guerra, sen. prof. Alessandro Lustig, riguardante la erezione di un Sanatorio antitubercolare pel Mezzogiorno d'Italia, che dovrà sorgere sul Piano di Aspromonte, in provincia di Reggio Calabria.

Mons. Mittiga ha versato all'Opera Nazionale una parte dei fondi sinora raccolti a tale scopo in Italia e nell'America del Nord, mentre l'Opera Nazionale ha devoluto, a favore del Sanatorio, i fondi residuati che la Federazione Nazionale dei Comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi e mutilati ha recentemente ceduto all'Opera stessa.

Ambo le parti si sono con detta convenzione impegnate di raccogliere le somme occorrenti per l'erigendo Sanatorio, che dovrà avere una capienza di cento letti e che dovrà accogliere, oltre ai tubercolosi di guerra del Mezzogiorno d'Italia anche i figli tubercolosi degli emigrati calabresi.

All'Ospedale V. E. II di Spezia.

L'Amministrazione dell'Ospedale Civile di Spezia, presieduta dal glorioso mutilato magg. cav. Mario Giaume, fece inaugurare dal Re il 24 maggio un nuovo Padiglione, per il quale tutti hanno espresso la loro ammirazione ed approvazione. Essa volle che rimanesse eterno ricordo di riconoscenza per i benefattori che avevano contribuito con il loro obolo a facilitare la ultimazione della magnifica opera.

I generosi oblatori erano i lavoratori del Porto, che avevano donato L. 20,000, ed il comm. prof. Cassanello Rinaldo, l'insigne chirurgo e filantropo, che ha donato L. 25,000.

L'Amministrazione del Nosocomio volle accomunare la generosità dei forti lavoratori a quella dello scienziato.

I Congresso della Mutualità e delle Assicurazioni sociali.

Si è tenuto negli scorsi giorni a Roma, sotto la presidenza dell'on. Cingolani. Sono stati ampiamente discussi importanti problemi.

Congresso Olandese di Ortopedia.

Per festeggiare il XXV anniversario di fondazione della Società Ortopedica Olandese si è tenuto ad Amsterdam nei giorni 25-26 maggio u. s., un Congresso sotto la presidenza del dott. Murk Jansen di Leida. Al Congresso, inaugurato con un discorso del Ministro del Lavoro, presenziavano, come invitati, rappresentanti di varie nazioni: per l'Inghilterra, sir Robert Jones; per la Francia, il dott. Calot; per l'Italia, il prof. Putti; per la Germania, il prof. Biesalski; per l'Austria, i proff. Lorenz e Spitzy. Un dettagliato resoconto del Congresso si troverà nel prossimo numero della «Bibliografia Ortopedica», supplemento alla «Chirurgia degli organi di movimento».

I Congresso Odontoiatrico Pan-Russo.

Si terrà in Mosca dal 4 all'8 settembre, organizzato dalla Sezione odontojatrica del Commissariato della Salute Pubblica e dalla Società Odontologica di Mosca.

Si tratteranno temi delle diverse branche dell'odontologia, come: Chimica, Chirurgia della cavità boccale, La protesi semplice e composta. Il quantitativo dei temi non è limitato.

Il programma del Congresso comprenderà pure questioni sociali: 1) Carie, come malattia sociale; profilassi della carie ed igiene della cavità boccale. 2) Malattie professionali dei denti e della cavità boccale, e mezzi di lotta contro di essi. 3) Valorizzazione dei mezzi di pronto soccorso dentario e dell'igiene dentaria. 4) Registrazione e statistica delle malattie dei denti e della cavità boccale. 5) Corsi di perfezionamento.

Rivolgersi al delegato per l'Italia della Croce Rossa russa, Corso d'Italia, 44 - Roma.

Per l'igiene mentale.

Il 29 maggio ebbe luogo alla Sorbona un'importante riunione della Lega d'igiene mentale, alla presenza di un pubblico immenso, di alte notabilità e di alcuni delegati stranieri adunati a Parigi per l'organizzazione del Congresso internazionale d'Igiene mentale, indetto a Washington nel 1925. I delegati stranieri erano: Ferrari per l'Italia, Boyle per l'Inghilterra, Ley per il Belgio, Hascovec per la Czeco-Slovacchia, Arias per la Spagna, Christiansen per la Danimarca, Eversen per la Norvegia, Beers rappresentava gli Stati Uniti.

Furono tenuti discorsi da Toulouse, Claude, Godart, Beers, ecc.

All'Accademia dei Lincei.

Il 3 giugno ebbe luogo la solenne tornata dell'Accademia, alla presenza del Re, del Principe ereditario, dei ministri Gentile e Diaz e di altre spiccate personalità della scienza, della politica e dell'amministrazione.

Tennero discorsi il presidente sen. D'Ovidio e il sen. Ricci.

Il premio di S. M. il Re per la Morfologia normale e patologica, di L. 10,000, è stato conferito dall'Accademia in parti uguali ai proff. G. Levi e U. Pierantoni, dell'Università di Torino.

Elargizione cospicua.

Il conte gr. uff. dott. Bortolo Bellati di Feltre, ex-deputato, presidente dell'Ordine dei medici di Belluno, ha donato alla Congregazione di Carità L. 63,000 in memoria del figlio unico tenente Valerio, che combattè eroicamente tra gli alpini, guadagnando una medaglia d'argento; fatto prigioniero, contrasse in Austria una esauriente malattia che lo uccideva, a 27 anni, durante lo scorso aprile.

La Congregazione di carità di Feltre ha accettato la donazione, con la quale ha eretto in Ente Morale le Cucine di Beneficenza, intestate al compianto Valerio Bellati.

Corso di perfezionamento in Ortopedia.

Si terrà a Berck-Plage dal prof. F. Calot. Vi sono ammessi medici e studenti di tutte le nazionalità. Per informazioni rivolgersi al prof. Calot, 61, rue Rothschild, Berck-Plage (Pas de Calais, Francia).

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Si è costituita allo scopo di incoraggiare e promuovere gli studi medici e affini; include medici, veterinari, chimici e naturalisti. Lo statuto e il regolamento furono approvati in un'adunanza tenuta il 13 novembre u. s.; furono eletti presidente il prof. Luigi Lucatello e segretario il prof. G. Cevelotto. La Società ha ora iniziato la pubblicazione dei propri *Atti*: il 1° fascicolo, che reca la data di marzo, include pregevoli lavori di L. Lucatello, M. Donati, C. Foà e F. Valtorta.

Per il dott Carlo Pellegrini.

I medici condotti della Sezione di Como hanno tributato cordiali onoranze al dott. Pellegrini, presidente dell'Ordine dei medici della Provincia, che lasciava la presidenza della sezione. Gli venne offerto un artistico bronzo e furono pronunziati varî discorsi in cui si rilevarono le sue qualità e l'opera spesa a beneficio della classe.

Onoranze al prof. Carlo Moreschi

Il giorno 3 corrente a Cermenate, con solenne austerità, è stato inaugurato il ricordo che i concittadini hanno voluto consacrare alla memoria del prof. Carlo Moreschi, morto vittima del dovere, ed al quale la scienza deve importanti studi nel campo biologico.

Alla lapide, murata sul fronte della casa che lo vide nascere, è sovrapposto il busto in bronzo del Moreschi, opera d'arte pregevolissima dello scultore Francesco Confalonieri. Alla cerimonia erano presenti, fra gli altri, i professori Vittorio Ascoli dell'Università di Roma, Alfieri e Zoia dell'Università di Pavia, Luigi Devoto, Cesa-Bianchi, Cernezzi, Preti, Ferruccio Marcora, Agazzi, ecc.

Il prof. Alfieri, presidente del Comitato per le onoranze, dopo avere rievocato la figura scientifica e morale di Carlo Moreschi, ha dato in consegna al Comune la lapide. Quindi gli intervenuti e una fitta schiera di popolo di Cermenate e dei dintorni, si sono recati in corteo al teatro dell'Oratorio, dove il prof. Alberto Ascoli dell'Università di Modena ha fatto la commemorazione dell'illustre scomparso. Egli, dopo aver tratteggiato il cammino percorso dalle scienze immunitarie, da Pasteur a Behring, ad Ehrlich, ha delineato la posizione eminente che a Carlo Moreschi spetta nella nuova corrente di studi. Ha rilevato come il suo spirito critico e creatore ad un tempo riuscisse a far sorgere la magnifica creazione della sierodiagnostica moderna, dove oggi la sua figura troneggia: infine ha rivendicato a Carlo Moreschi l'ispirazione alla scoperta di Wassermann.

Hanno parlato il prevosto don Vincenzo Broggi, il dott. Piero Noseda e infine il preside del liceo Parini di Milano, prof. Rostagno, che ha ringraziato tutti a nome della famiglia.

In memoria di Giovanni Ninni.

Si è inaugurato a Venosa un monumento marmoreo alla memoria di Giovanni Ninni, la cui carriera scientifica, ospedaliera, professionale, culminò nella direzione dell'Ospedale dei Pellegrini a Napoli. Com'è noto, morì vittima del dovere.

L'on. Capasso rievocò la nobile figura di chirurgo, di scienziato, di cittadino «che visse per gli altri e per gli altri morì». Furono pronunziati altri efficaci discorsi.

Vittima professionale.

Il chimico farmacista Alfredo Franci, di anni 38, da Siena, addetto alla Farmacia Favilla di Lucca, ebbe completamente asportata la testa dallo scoppio di un cilindro di ossigeno, che egli stava travasando.

Grave infortunio del prof. Filè-Bonazzola.

L'8 maggio il prof. A. Filè-Bonazzola, presidente della Federazione dei Medici Liberi Professionisti, in vicinanza di Biella, fu vittima di un grave incidente automobilistico: riportò fratture gravi e commozione cerebrale. Venne trasportato all'ospedale di Biella, ove rimase a lungo ricoverato. Auguri cordialissimi che possa presto riprendere in pieno la sua attività.

Casi di peste a Parigi.

Si sono avuti cinque casi di peste bubbonica in una stessa famiglia a Parigi: si sono registrati due decessi di giovinetti i quali si erano trastullati con un topo di fogna dalle cui pulci si suppone siano stati punti. Il servizio delle epidemie è intervenuto praticando numerose vaccinazioni e provvedendo alla deratizzazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deutsche Mediz. Wochens., 23 feb. — W. GROSS. Stato attuale della dottrina dell'infiammazione. — H. LIPPMANN. Il bromuro di sodio per via endolombare nei dolori lancinanti della tabe. — A. WITTGENSTEIN. Valore clinico diagnostico dello zucchero nel liquido c.-rach. — K. O. ROSENTHAL. Valore prognostico del quadro leucocitario nella tbc. polmonare.

Presse Méd., 21 feb. — J. LERMOYEZ e T. ALAJOUANINE. Urticaria ed emiplegia.

Gaz. d. Hôp., 24 feb. — A. BOUTELIER. Le eruzioni eritematose post-arsenobenzoliche.

Arch. f. Sch., u. Tr.-Hyg., feb. — V. SCHILLING. L'emogramma nella pratica tropicale. — M. AKASHI. Diffusione della chinina nei globuli rossi.

British Med. Journ., 3 mar. — J. S. HALDANE. Le concezioni fondamentali della biologia. — W. YORKE. Il Bayer 205 nella cura del kala-azar.

Riforma Med., 26 feb. — G. ARATA. Metodo Sicard nella tabe dors. — G. BELLONI. Complicanze e postumi rari dell'influenza.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 feb. — J. CARLES. Rinofaringiti e infezioni generali. — G. PORTMANN e E. JUNCA. Botriomicomi delle due orecchie.

Clin. Pediatr., gen. — F. ZIBORDI. Reperti istologici del timo e del testicolo in seguito a interruz. dei dotti defer.

Giorn. di Clin. Med., 28 feb. — U. GABBI. Le otto ore di lavoro.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — M. PÉHN. Le forme attenuate del mongolismo infantile.

Practitioner, mar. — C. SYMONDS. Valore terapeutico del vomito nell'occlus. intestin. — I. BENNETT. Condizioni generali e disordini gastro-enterici. — C. MORSON. Problemi di prostatectomia.

Quaderni di Psichiatr., gen.-feb. — E. MORSELLI. Neuropatologia e psichiatria in rapporto alla biologia e alla patologia generale e speciale. — G. PORTIGLIOTTI. Sopravvivenze terapeutiche.

Rev. Ibero-Amer. de Cienc. Méd., feb. — B. CARRANZA. Diagnosi della tbc. iniziale.

Riv. di Clin. Pediatr., feb. — A. F. CANELLI. Anat. patol. delle gastro-enter. dei lattanti.

Folia Med., 28 feb. — P. G. CASTELLINO. Autosieroterapia nel reumat. gonococcico e in alcune dermatosi.

Lancet, 3 mar. — E. J. STORES e A. E. WRIGHT. Nuovi principii della terapia d'inoculazione. — A. C. JORDAN. Il caolino colloidale nella cura della stasi intestin. cronica.

Archivi.

Radiologia Med., feb. — L. MAZZOTTI. Cura del rino-faringoscleroma. — L. PIERGROSSI. Pellicole a doppia emulsione.

Acta Med. Scandin., VI. — W. KERPPOLA. Ipertonia essenziale. — E. KYLIN. Determinaz. clinica della tensione capillare. — I. HOLMGREN. Riflesso frontale in certe affezioni cerebrali.

L'Encéphale, feb. — W. MOTT. Organi sessuali e demenza precoce. — H. CLAUDE e H. SCHAEFFER. Istopatologia della sindrome parkins. post-encefal. — S. DE SANCTIS I fanciulli distimici.

Archiv f. Verd.-Krankh., gen. — G. GANTER. — I borborigmi stomacali. — F. KLEEBLATT. Patologia del sistema nervoso vegetativo nella colite grave. — H. WIENER. Il cloro totale del contenuto gastrico a scopo diagnostico differenziale.

Anales d. l. Faculdad de Med., Lima, 3. — M. G. OLAECHEA. La neuroassite coreo-atetosica.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., mar. — E. NAUCK. Microbon typhi exanthematici.

Diagnosi, X-XII. — R. SILVESTRINI. Reviviscenza mammaria nell'uomo in casi di cirrosi epatica atrofica.

Ann. di Ostetr. e Ginec., feb. — M. MASSAZZA. Tumori del corpo luteo.

Indice alfabetico per materie.

Acido salicilico: potere antisettico . . *Pag.* 815
Arti: anomalie multiple . . . » 807
Avitaminosi: modificazioni istologiche del pancreas . . . » 810
Batteriofago in rapporto all'autosterilizzazione del terreno . . . » 810
Batteriofago: ricerche . . . » 810
Bibliografia . . . » 804
Cisti da echinococco sterili del polmone: trattamento . . . » 798
Corea di Sydenham . . . » 812
Corpo luteo e mola vescicolare . . . » 803
Cronaca del movimento professionale . . » 819
Demenza senile . . . » 813
Edemi delle gravide . . . » 801
Emoglobina: ricerche . . . » 806
Encefalite epidemica: speciale reperto ematologico . . . » 809
Encefalite epidemica: trattamento delle sequele . . . » 812
Encefalite ed influenza sperimentale amicrobica . . . » 809
Imposta di ricchezza mobile: a chi incombe l'obbligo di pagamento . . » 818
Indennità caro-viveri: legittimità della concessione . . . » 818
Malaria latente: riattivazione . . . » 814
Meningite tubercolare dell'adulto: sintomi di allarme . . . » 811
Meningococco: mobilitazione . . . » 814
Occlusione intestinale da rara forma di ernia interna . . . » 808
Papillomatosi ureterale . . . *Pag.* 808
Pelvisupporto: nuovo modello . . . » 806
Pensioni dei sanitari: nuove disposizioni » 816
Piede torto congenito varo-equino: nuovo metodo operativo . . . » 807
Pressione venosa: osservazioni . . . » 807
Proteotossicosi: comportamento della glandola di Harder . . . » 808
Reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano . . . » 793
Roentgenterapia profonda nelle lesioni organiche del sistema nervoso . . . » 809
Sciatica e malattia sacroiliaca . . . » 812
Sedimentazione delle ematie nel campo ginecologico . . . » 802
Shock da elettricità e suo trattamento . » 813
Sicosi tricofitica: cura con soluzioni iodo-iodurate per via endovenosa . . . » 808
Storia della medicina: ramificazione del n. mascellare . . . » 807
Tigne: fenomeni immunitari e reazioni cutanee generalizzate . . . » 808
Trapianto di nervo alla Nageotte: esiti lontani . . . » 806
Tubercolosi: cura ricalcificante di Ferrier . . . » 814
Tubercolosi genitale della donna . . . » 800
Tubercolosi: lotta contro la — in Prussia . . . » 814
Urina normale e patologica: enzimi . . » 806
Vitamine dei funghi mangerecci . . . » 806

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

Prontuario dell' Igienista

DEL

Dott. A. FILIPPINI

con prefazione del Prof. G. SANARELLI

Ad attestare il valore e l'utilità della pubblicazione, riportiamo alcuni giudizi della stampa medica:

Questa pubblicazione costituisce un avvenimento librario, nel senso che ha rapidamente incontrato un favore larghissimo tra i medici. Il fatto si spiega, in quanto che essa si rende preziosa agli ufficiali sanitari, ai direttori di laboratori micrografici e batteriologici, ai funzionari addetti ai servizi igienici, a tutti i medici pratici.

Si tratta di una raccolta assai estesa e completa delle conoscenze necessarie per l'esercizio corrente dell'igiene. *Multa paucis:* tale può essere la sua divisa; condensa in uno spazio relativamente ristretto un'immensa mole di materiale e cioè i dati fondamentali dell'igiene e la tecnica (strumentario, reattivi, metodi scelti tra i più precisi e moderni, manuale operatorio).

Il lavoro persegue ed attua un piano nuovo: non è ingombrante come un trattato, non è arido come un formulario. Nulla ha di comune con un trattato, ma secondo noi vale, in pratica, assai di più, perchè risparmia tempo. Non cade nel riassunto schematico; anzi dà nozioni complete e minuziose: per es., insegna come si deve procedere per mettere in opera i mezzi tecnici e ne spiega i dettagli. Di dettagli tecnici è ricchissimo: l'A. è troppo consapevole che spesso basta trascurarne o dimenticarne uno, per frustrare il valore di un esame laborioso. Il libro risponde, per tal modo, ai bisogni effettivi dell'igienista, il quale vuol essere informato in modo preciso sulle modalità di una ispezione, di un esame, di una denunzia; esso mette in grado l'igienista di fare da sè, anche nei campi ove non sia molto esperto e provetto.

Non si cercheranno in questo volume nozioni astratte, disquisizioni e discussioni; vi sono ricordate alcune dottrine solo perchè direttamente necessarie a comprendere i procedimenti tecnici.

Chiarezza e concisione costituiscono le sue doti precipue.

L'A. ha potuto attingere la preparazione e la coltura specifiche necessarie alla redazione del lavoro, grazie alla sua lunga esperienza, acquistata nella Direzione del Laboratorio d'Igiene applicata presso le Ferrovie dello Stato.

Ad attestare il valore di questo prontuario basterà riportare il seguente giudizio del sen. SANARELLI: «È una guida rapida e sicura offerta all'igienista che, in qualunque momento, è messo in grado di richiamare alla memoria tutti gli elementi necessari all'esplicazione dei suoi atti d'ufficio e alla esecuzione delle sue ricerche di laboratorio: dalla compilazione di un rapporto su di un'industria insalubre, a un controllo batteriologico; dall'ordinamento di un dispensario, a una perizia bromatologica; dalla risoluzione di un problema d'igiene edilizia o dei trasporti, alla esecuzione della più ardua reazione sierologica! Nulla vi è trascurato».

Come per tutti i manuali della collezione, grande cura è stata rivolta al lato tipografico e artistico; il formato è comodo; la stampa nitida. La Casa Pozzi può essere felicitata per la bellezza dell'edizione.

Dagli **Annali d'Igiene**, marzo 1923.

Il volume.... è una guida copiosa, documentata e aggiornata, che si offre all'igienista per la esplicazione dei molteplici compiti che nella sua missione gli incombono.

Proporzioni veramente enciclopediche ha raggiunto la mole delle conoscenze scientifiche e tecniche necessarie all'igienista oggidì. *Nihil umani a me alienum puto* egli potrebbe ripetere. Il classico manualetto di Ermarch appartiene ormai alla preistoria e il prontuario compilato dal FILIPPINI con coscienziosa e intelligente fatica è tale da riuscire prezioso in molte contingenze.

Guide tecniche speciali saranno sempre necessarie per ricerche singole; ma il libro che abbiamo sott'occhio, completo e sviluppato, nel complesso, armonicamente, non può tuttavia mancare fra gli utili strumenti di lavoro.

Da **L'Igiene Moderna**, febbraio 1923.

Prof. G. GARDENGHI.

Un volume in-12 gr., elegantemente rilegato in piena tela, di pag. XVI-562. (Collana Manuali del «Policlinico», n. 10). Roma, Casa Editrice cav. LUIGI POZZI, 1923. Prezzo L. **52.** Per gli abbonati al «Policlinico» L. **45.**

ANNO XXX Roma, 25 giugno 1923 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Bonfiglio: Reperti del liquor in conigli « normali ».
Osservazioni cliniche: P. Fornara: La reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano.
Sunti e rassegne: Fegato: P. E. Weil, Bocage, Isch-Wall: La sindrome dell'insufficenza emocrasica del fegato. — M. De Vega: Ricerche sull'urobilinuria e significato di essa.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società mediche, Congressi: II Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militare. — R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. — Accademia Medico-Fisica di Firenze. — Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania.
Appunti per il medico pratico: SEMEIOTICA: La trasmissione auricolare del soffio di insufficienza mitralica. — CASISTICA: L'ascesso paranefritico. — TERAPIA: Trattamento dell'« herpes zoster ». — Trattamento della diatesi essudativa nei bambini. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Vecchie teorie e nuovi fatti sulla tetania paratireopriva. — POSTA DEGLI ABBONATI: — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: Il testo del decreto per la revisione degli organici degli impiegati degli enti locali. — Nuove disposizioni per gli onorari dei periti in materia penale e civile. — Questioni pratiche.
Nella vita professionale: Insegnamento superiore. — Concorsi. Nomine, promozioni ed onorificenze.
Nostre corrispondenze: Feste centenarie in onore di Pasteur in Francia.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI.

LABORATORI SCIENTIFICI
DEL MANICOMIO PROVINCIALE DI ROMA
IN S. ONOFRIO IN CAMPAGNA.
Direttore: prof. A. GIANNELLI.

Reperti del liquor in conigli "normali",,

per il dott. FRANCESCO BONFIGLIO, libero docente.

Nell'Istituto di ricerche per la Psichiatria in Monaco di Baviera il Plaut (1), servendosi di un metodo da lui trovato per l'estrazione del liquor nel coniglio vivente, ha eseguito in collaborazione col Mulzer (2) delle ricerche sistematiche sul liquor dei conigli sifilizzati sperimentalmente, riscontrando in tali condizioni alterazioni del liquor consistenti in un aumento dei linfociti, in un aumento delle globuline e nella capacità a flocculare soluzioni colloidali (oro, mastice).

Dalle ricerche di questi autori risultano molti dati importanti per il problema della sifilide nervosa e del neurotropismo dei diversi stipiti di spirochete. Ma particolarmente interessanti sono le ricerche che essi hanno eseguito sulla paralisi progressiva.

Gli autori hanno inoculato nei testicoli di conigli poltiglia di cervello paralitico ed hanno osservato che negli animali così trattati, sebbene non si siano mai prodotte manifestazioni sifilitiche nè nel punto di inoculazione nè in altre parti del corpo, il liquor, dopo qualche tempo dall'inoculazione, presentava delle alterazioni le quali erano anche trasmissibili mediante successivi passaggi da coniglio a coniglio.

Gli autori sono del parere che queste alterazioni rappresentino un sintoma sifilitico e che quindi le loro ricerche da un canto dimostrerebbero che la sifilide si può trasmettere ai conigli mediante inoculazione di materiale paralitico e dall'altro avvalorerebbero l'ipotesi della peculiarità biologica delle spirochete della paralisi progressiva. Con ciò sarebbe finalmente aperta la via allo studio sperimentale della paralisi progressiva.

Sebbene gli autori adducano argomenti molto importanti in favore della loro opinione, è opportuno però tenere presente che in queste esperienze manca la prova *diretta* dell'avve-

(1) PLAUT. *Ueber eine Methode zur Liquorgewinnung beim lebenden Kaninchen.* Zeitschrift f. die ges. Neur. u. Psych., vol. LXVI, pag. 69, 1921.
(2) PLAUT e MULZER. Münchener med. Woch, 1921, n. 27 e 38; 1922, n. 14 e 52.

nuto attecchimento della sifilide, poichè negli animali inoculati non furono riscontrate manifestazioni sifilitiche nel punto di inoculazione, nè si poterono mettere in evidenza le spirochete.

La diagnosi di sifilide si basava unicamente sulla presenza delle alterazioni del liquor, le quali consistevano nell'aumento numerico dei linfociti e nel risultato positivo della reazione di Nonne, della reazione del mastice e della reazione dell'oro colloidale; la reazione di Wassermann per contro fu costantemente negativa.

Ora noi sappiamo che nell'uomo nè la linfocitosi, nè la reazione del Nonne, nè le diverse reazioni colloidali sono specifiche per l'infezione sifilitica. E quindi prima di poter avere la sicurezza che nel coniglio le dette alterazioni del liquor rappresentino un *sintoma sifilitico*, occorre dimostrare che in questo animale da esperimento alterazioni analoghe non possano avverarsi per altre cause o per lo meno accertarsi che queste cause non entrino in giuoco nel caso dei conigli inoculati.

A questo proposito il Plaut ed il Mulzer hanno esaminato 29 conigli «normali» che non avevano avuto nessun trattamento. In tutti questi casi il numero dei linfociti per mm³. si mantenne sempre inferiore a 5, la reazione di Nonne fu negativa, tranne un caso in cui si ebbe un risultato dubbio, le reazioni del mastice e dell'oro colloidale furono sempre negative.

Data l'importanza dei risultati ottenuti dal Plaut e dal Mulzer, ho pensato di eseguire anch'io delle ricerche sulla sifilide sperimentale ed ho cominciato, come era naturale, ad esaminare il liquor dei conigli «normali» ai quali si dovevano poi praticare le inoculazioni di materiale sifilitico e di materiale paralitico.

In queste ricerche preliminari ho ottenuto risultati diversi da quelli avuti dal Plaut e dal Mulzer e perciò credo opportuno di comunicarli brevemente.

Per l'estrazione del liquor ho praticato ai conigli la puntura sottooccipitale con la tecnica consigliata dal Plaut che riassumo brevemente:

Si iniettano nel coniglio sottocutaneamente da 3 a 4 cgr. di morfina e si aspetta un paio d'ore prima di praticare la puntura. L'animale viene quindi disteso sul dorso; un assistente lo tiene fermo per le zampe, un altro afferra la testa incurvandola quanto più è possibile in avanti, evitando qualsiasi movimento di lateralità. L'operatore scorre con l'indice della mano sinistra dall'indietro all'avanti sulla linea mediana della colonna cervicale finchè sulla sua porzione più prossimale avverte una sporgenza molto pronunciata data dal *processus spinosus* dell'epistrofeo ed un po' più in avanti di questa una seconda sporgenza molto meno pronunciata, il *tuberculum posterius* dell'Atlante. S'introduce un ago Record n. 1 con punta smussa immediatamente al davanti di questa sporgenza mantenendosi sulla linea mediana. Perforata la pelle si procede lentamente finchè si sente una resistenza elastica data dal *ligamentum obturatorium*, si spinge quindi cautamente l'ago e ci si ferma appena superato il legamento, ciò che spesso viene avvertito da un leggero e secco scricchiolio. Insieme col legamento l'ago ha perforato anche la dura e la punta di esso viene a trovarsi in un piccolo spazio libero dietro al bulbo; il liquor fuoriesce allora lentamente a gocce. Di gocce in genere se ne possono raccogliere da 8 a 16 e talvolta anche 18.

Quando si procede con la dovuta cautela, avendo sopratutto l'avvertenza di fermarsi a tempo appena si è passato il *legamentum obturatorium*, l'operazione riesce sempre bene e non dà luogo ad inconvenienti di sorta. In qualche caso io ho anche provato con successo la puntura senza morfinizzare l'animale, ma questa pratica non è scevra di pericoli, poichè la riuscita dipende in prima linea dalla assoluta immobilità dell'animale da esperimento.

I conigli da me fino ad oggi esaminati sono in tutto 19, tutti, almeno apparentemente, normali. Nel liquor che, mediante la puntura sottooccipitale, veniva estratto da questi conigli, ho praticato le seguenti ricerche: 1) Conta dei linfociti; 2) dosaggio dell'albumina totale; 3) reazione di Nonne; 4) reazione del mastice. Data la scarsa quantità del liquor che si può estrarre dal coniglio, ho, per ora, rinunciato alla reazione di Wassermann, tenuto anche conto che il Plaut l'ha trovata costantemente negativa anche nei suoi animali sifilizzati.

La tecnica da me seguita per questi diversi esami è stata la seguente:

1) *Conta dei linfociti*. Ho fatto la conta sempre immediatamente dopo l'estrazione del liquor, servendomi della camera di *Fuchs-Rosenthal*. In un vetrino da orologio facevo in precedenza seccare una piccola frazione di goccia di una soluzione all'1 ‰ di bleu di toluidina e sopra di essa facevo cadere una goccia del liquor da esaminare. Il liquor così colorato veniva passato, mediante una pipetta capillare sul vetrino di *Fuchs-Rosenthal*. Ho sempre contato i linfociti di tutti i quadratini della camera e quando la quantità del liquor era sufficiente, ripetevo, per maggiore precisione, la conta con una seconda goccia. Le differenze così trovate sono state sempre insignificanti.

2) *Dosaggio dell'albumina totale.* Siccome a me non interessava di fare una esatta misurazione della quantità dell'albumina, per economia di liquor ho adottato per questa ricerca la prova con l'acido nitrico di ***Bisgaard***, la quale, potendo mettere in evidenza fino ai 5/12 per mille di albumina, ci permette di stabilire rapidamente se c'è o no nel liquor che si esamina un aumento del contenuto normale in albumina. E, seguendo l'esempio del Plaut, invece di diluire cc. 0.1 di liquor con cc. 2.4 di soluzione fisiologica come fa il Bisgaard, ho mescolato una goccia di liquor con 24 gocce di soluzione fisiologica e questa miscela ho fatto stratificare con un po' di acido nitrico che viene introdotto al fondo della provetta con una pipetta capillare.

3) ***Reazione di Nonne.*** Ho praticato questa reazione servendomi di provette piccolissime del diametro di 8 mm. e mescolando cc. 0.1 di liquor con cc. 0.1 della soluzione satura di solfato d'ammonio.

4) ***Reazione del mastice.*** Per questa reazione ho adottato la modificazione ultima del Kafka, cominciando, come consiglia il Plaut, con la diluizione al 1/2 ed adoperando in tutto cc. 0.1 di liquor. Si prendono 12 provette del calibro di 8 mm.; in ciascuna di esse si versano cc. 0.1 di una soluzione di cloruro di sodio al 0.8 % addizionata con una soluzione di carbonato di sodio al 0.5 % nel rapporto di 99/1. Si aggiungono quindi nella prima provetta cc. 0.1 di liquor, si mescola e cc. 0.1 di questa mescolanza si passano nella seconda provetta, dalla quale, dopo aver mescolato, si passano 0.1 cc. nella terza provetta, e così via fino alla undicesima provetta. Si hanno così nelle prime undici provette le seguenti diluizioni del liquor da esaminare: 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64, 1/128, 1/250, 1/500, 1/1000, 1/2000; la 12ª provetta contiene soltanto soluzione fisiologica e serve da controllo per la soluzione del mastice. La soluzione del mastice si prepara mescolando cc. 8.5 di alcool assoluto con cc. 1.0 di una soluzione alcoolica satura di mastice e con cc. 0.5 di una soluzione alcoolica satura di Scharlach B, e facendo cadere lentamente a gocce questa miscela in un matraccio contenente cc. 40 di acqua distillata, che viene leggermente agitata durante l'operazione. Dopo aver tenuto questa soluzione per 1/2 ora all'oscuro, se ne versa cc. 0.1 per ciascuna delle dodici provette; si agita e si fa la lettura dopo 24 ore.

Nella tabella N. 1 sono riportati i risultati di questi esami da me osservati nei miei 19 conigli.

Nella tabella N. 2 sono riprodotte le curve della reazione del mastice osservate nei diversi conigli.

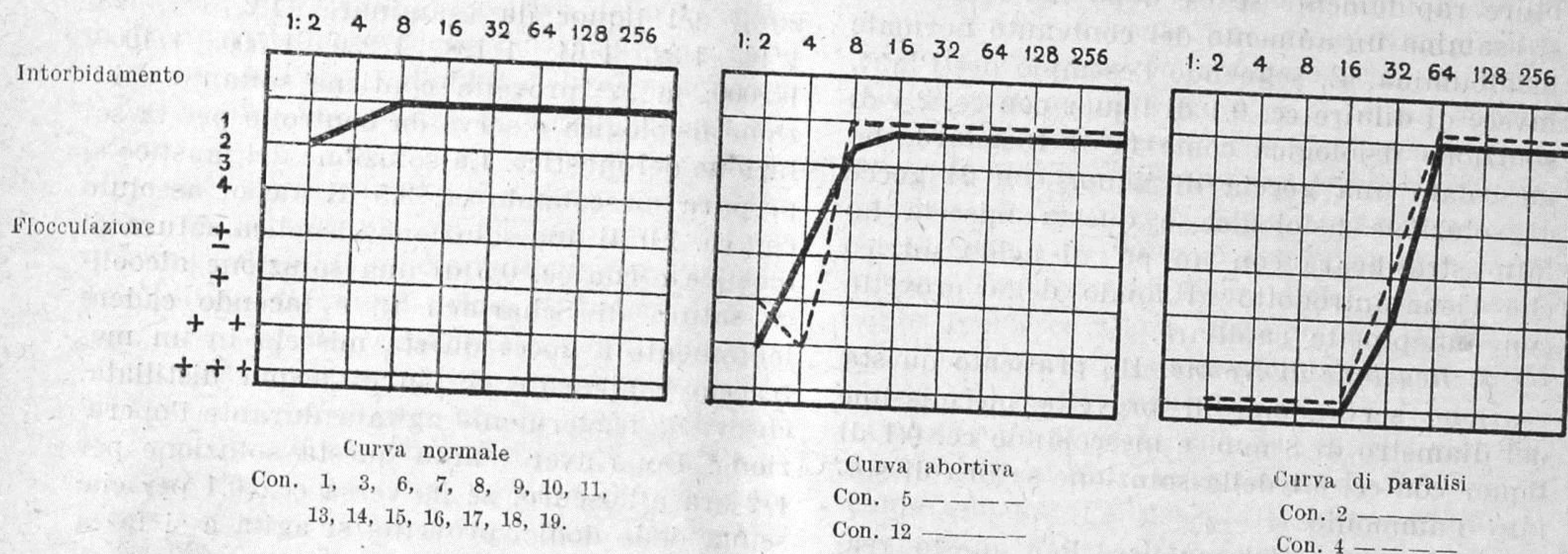
TABELLA N. 1.

	Data della puntura	Numero dei linfociti per mmc.	Prova di Bisgaard	Reazione di Nonne	Reazione del mastice
Con. 1	12 maggio 1923	0	negativa	negativa	negativa
Con. 2	12 maggio 1923	23	negativa	opalescenza	positiva (curva di paralisi)
Con. 3	26 maggio 1923	0	negativa	negativa	negativa
Con. 4	26 maggio 1923	8	—	negativa	positiva (curva di paralisi)
Con. 5	26 maggio 1923	1	—	negativa	positiva (curva abortiva)
Con. 6	26 maggio 1923	0	—	negativa	negativa
Con. 7	29 maggio 1923	0	—	negativa	negativa
Con. 8	29 maggio 1923	0	negativa	negativa	negativa
Con. 9	29 maggio 1923	4	negativa	negativa	negativa
Con. 10	29 maggio 1923	0	—	—	negativa
Con. 11	29 maggio 1923	1	—	negativa	negativa
Con. 12	29 maggio 1923	4	—	negativa	positiva (curva abortiva)
Con. 13	4 giugno 1923	1	—	negativa	negativa
Con. 14	4 giugno 1923	13	—	negativa	negativa
Con. 15	4 giugno 1923	10	negativa	negativa	negativa
Con. 16	4 giugno 1923	7	—	—	negativa
Con. 17	4 giugno 1923	0	—	—	negativa
Con. 18	5 giugno 1923	3	—	—	negativa
Con. 19	5 giugno 1923	1	negativa	negativa	negativa

Come si vede dai risultati esposti in queste due tabelle, sopra 19 conigli esaminati, soltanto in 12 il liquor ha dato un reperto comple-

TABELLA N. 2.

Reazione del mastice.



Curva normale
Con. 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Curva abortiva
Con. 5 - - - -
Con. 12 ———

Curva di paralisi
Con. 2 - - - -
Con. 4 ———

tamente normale. Nel liquor degli altri 7 conigli invece sono state notate alterazioni più o meno accentuate. In 1 di questi 7 conigli (Con. 2) esisteva: spiccata linfocitosi, (23 linfociti per mm.^{3}), reazione di Nonne debolmen-

TABELLA N. 3.

	Data della puntura	Numero dei linfociti per mmc.	Reazione di Nonne	Prova di Bisgaard	Reazione del mastice
Con. 1 - 1ª P. . . .	12 maggio 1923	0	negativa	negativa	negativa
2ª P. . . .	24 maggio 1923	0	negativa	negativa	negativa
Con. 2 - 1ª P. . . .	12 maggio 1923	23	opalescenza	negativa	positiva (curva di paralisi)
2ª P. . . .	24 maggio 1923	17	negativa	negativa	positiva (curva di paralisi)
3ª P. . . .	29 maggio 1923	21	opalesc. lievissima	negativa	positiva (curva di paralisi)
Con. 4 - 1ª P. . . .	26 maggio 1923	8	negativa	—	positiva (curva di paralisi)
2ª P. . . .	5 giugno 1923	14	negativa	—	positiva (curva di paralisi)
Con. 5 - 1ª P. . . .	26 maggio 1923	1	negativa	—	positiva (curva abortiva)
2ª P. . . .	5 giugno 1923	1	negativa	—	positiva (curva abortiva)

te positiva, reazione del mastice positiva (curva di paralisi); in 1 con. 4) modico aumento dei linfociti (8 per mm.^{3}) e reazione del mastice positiva (curva di paralisi); in 2 (con. 5 e 12) soltanto reazione del mastice positiva (curva abortiva); in tre (con. 14, 15 e 16) soltanto un modico aumento dei linfociti (13,10,7 per mm.^{3}).

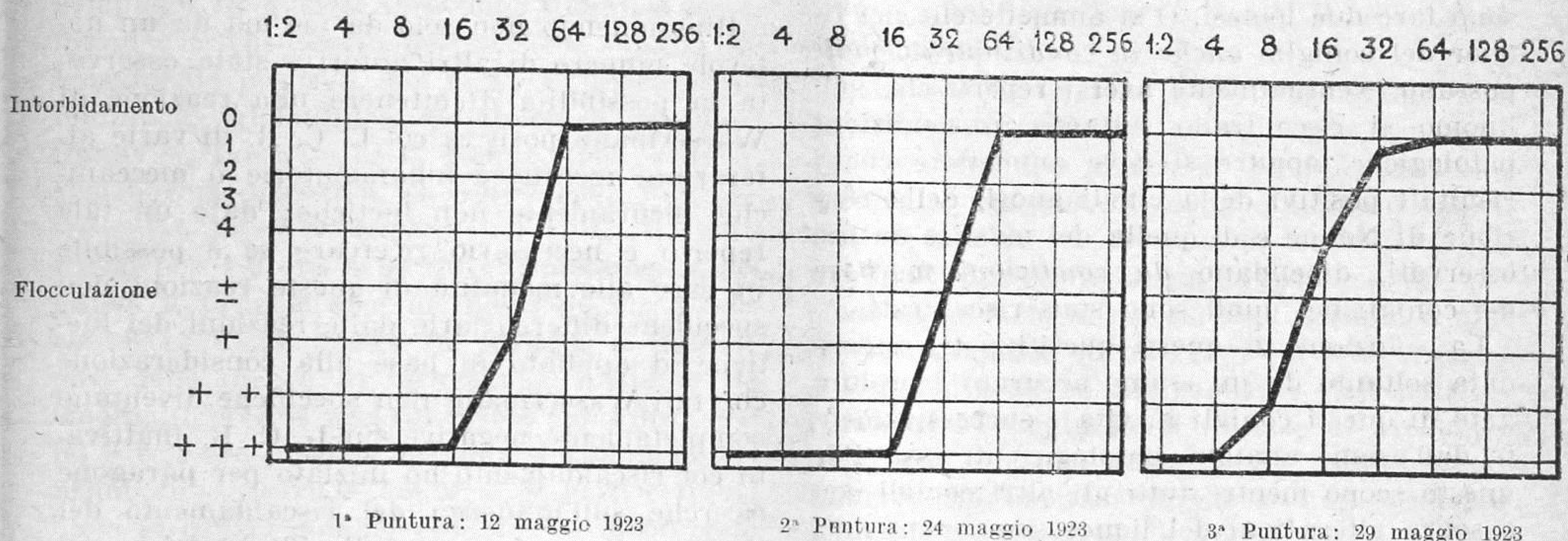
Nei conigli n. 1, 4 e 5 la puntura sottooccipitale è stata ripetuta un'altra volta parecchi giorni dopo il primo esame; nel coniglio N. 2 la puntura è stata ripetuta altre due volte. Nelle tabelle N. 3 e 4 sono riportati i risultati di questi successivi esami messi a raffronto col risultato del primo esame.

Come si vede da questa tabella, il risultato degli esami successivi è stato presso a poco uguale a quello del primo esame. L'intervallo

fra la 1ª e la 2ª puntura è stato di 12 giorni nel coniglio n. 1 e 2, di 10 nel coniglio 4 e nel coniglio 5. Nel coniglio n. 2 la 3ª puntura è stata praticata 19 giorni dopo la prima. C'è soltanto da notare che nel coniglio 4, mentre nel primo esame la conta dei linfociti aveva dato una cifra (8 per mm.^{3}) che non oltrepassa la zona che per l'uomo viene considerata intermedia fra la normale e la patologica (da 6 a 10 linfociti per mm.^{3}), nel secondo esame invece si è dovuta una cifra schiettamente patologica (14 linfociti per mm.^{3}).

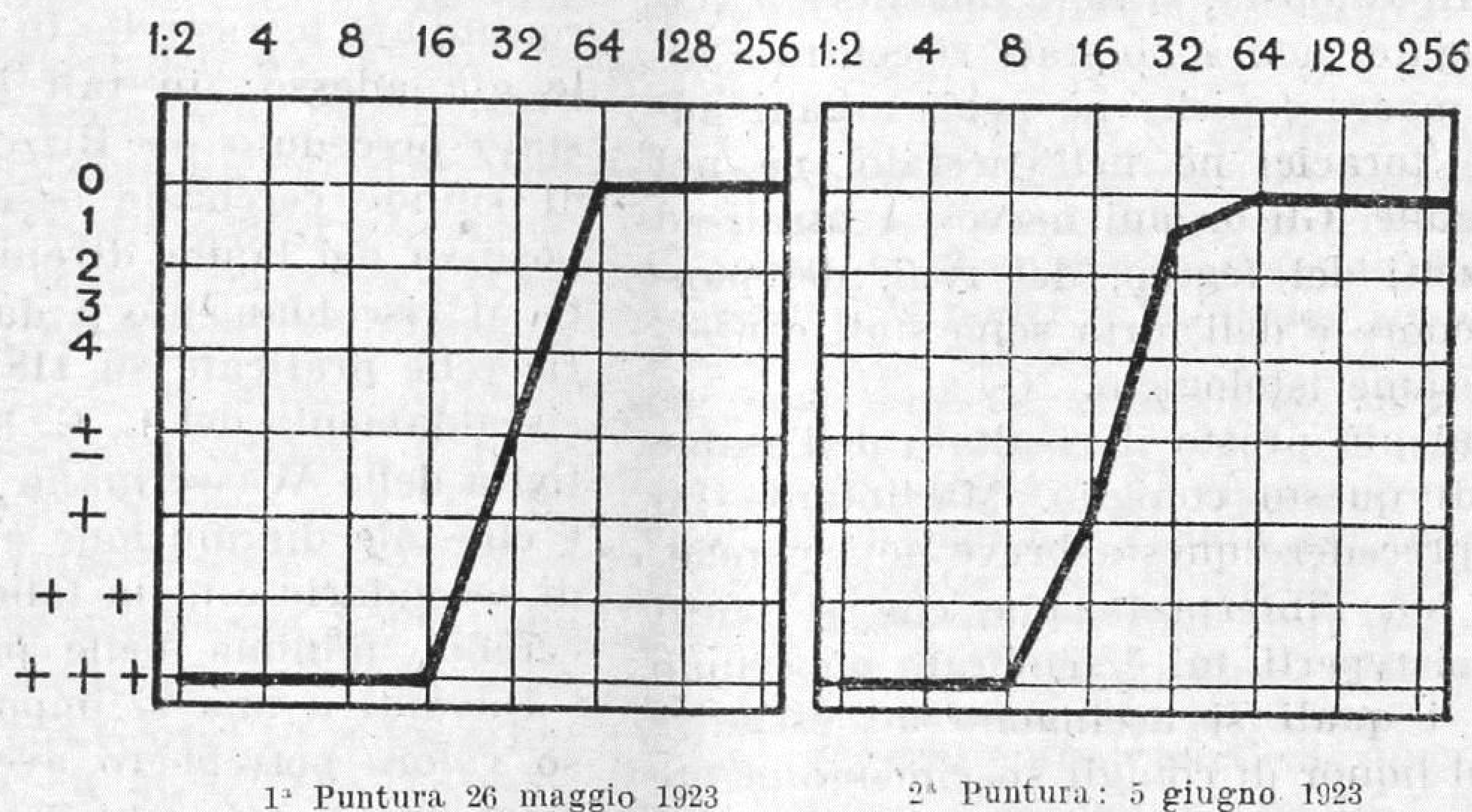
TABELLA N. 4.

Coniglio n. 2.



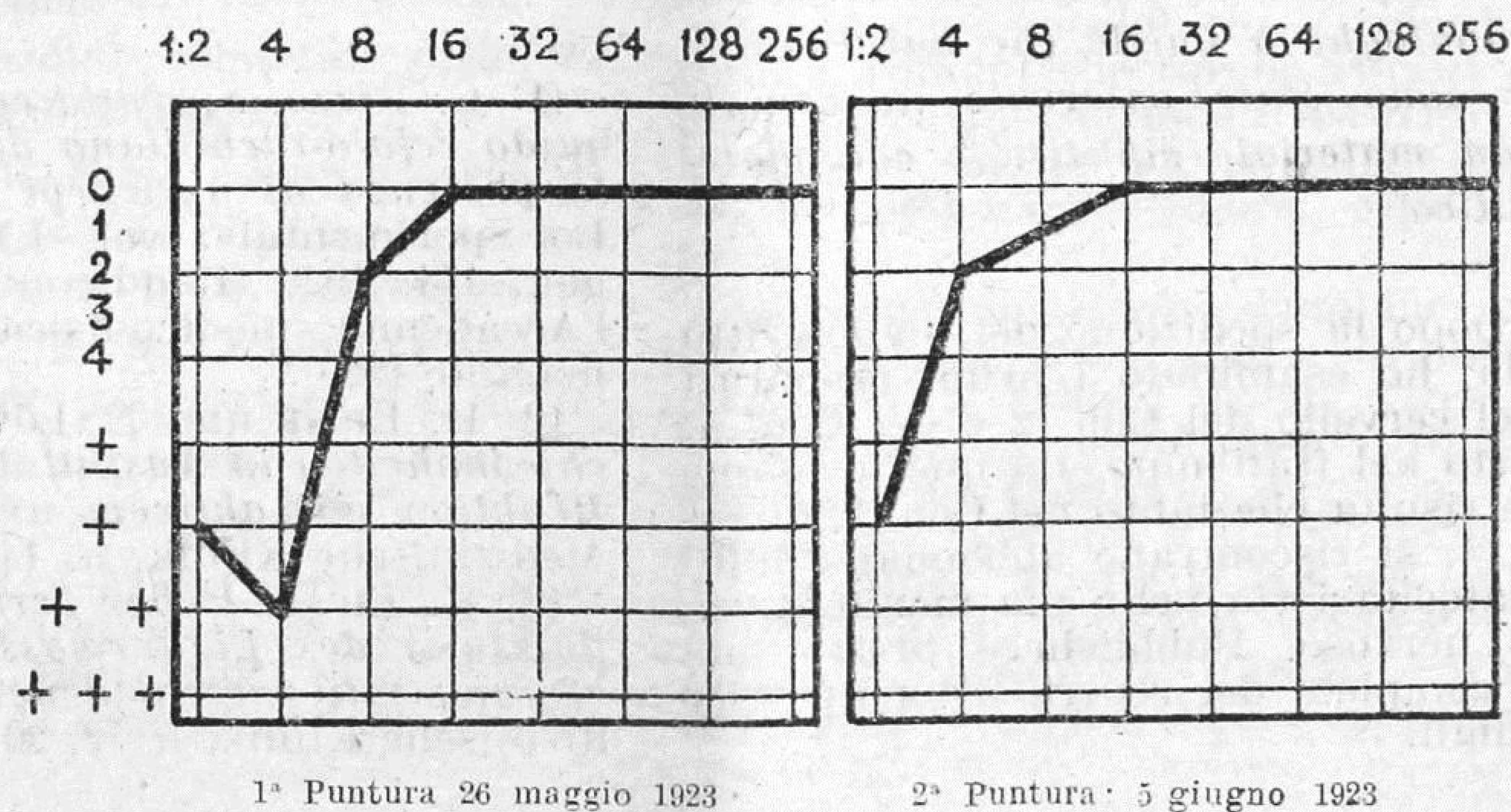
1ª Puntura: 12 maggio 1923 — 2ª Puntura: 24 maggio 1923 — 3ª Puntura: 29 maggio 1923

Coniglio n. 4.



1ª Puntura 26 maggio 1923 — 2ª Puntura: 5 giugno 1923

Coniglio n. 5.



1ª Puntura 26 maggio 1923 — 2ª Puntura: 5 giugno 1923

Riassumendo, dalle mie ricerche risulta che, *sopra 19 conigli apparentemente normali 7 presentano alterazioni del liquor.*

Quale è la causa della differenza fra i risultati da me ottenuti e quelli avuti dal Plaut? E come si devono interpretare i reperti da me osservati?

Alla prima domanda non è possibile, almeno per ora, dare una risposta soddisfacente. Per spiegare i reperti da me osservati si possono fare due ipotesi. O si ammette che nel liquor del coniglio *anche in condizioni normali* possano eventualmente aversi reperti che nell'uomo si riscontrano soltanto in condizioni patologiche, oppure si deve ammettere che i risultati positivi della citodiagnosi, della reazione di Nonne e di quella del mastice da me osservati, dipendano *da condizioni morbose* dei conigli nei quali sono stati riscontrati.

La soluzione di questi quesiti potrà essere data soltanto da un esame accurato e prolungato di questi conigli in vita e successivamente dall'esame anatomo-patologico di essi. Per questo scopo mentre tutti gli altri conigli con e senza alterazioni del liquor sono mantenuti in vita e vengono da me osservati attentamente, il coniglio 2 è stato sacrificato il 1° di questo mese. All'autopsia, tranne una lieve coccidiosi del fegato, non sono state riscontrate altre lesioni macroscopiche nè negli organi addominali e toracici nè nell'encefalo, nè nel midollo spinale. Gli organi nervosi centrali ed alcuni pezzetti del fegato, dei reni, del pancreas, del cuore e dell'aorta sono stati conservati per l'esame istologico.

Riferirò al più presto il risultato dell'esame istologico di questo coniglio. Ma intanto ho voluto far precedere questa breve nota perchè, qualunque sia l'interpretazione che si potrà dare ai miei reperti, mi è sembrato opportuno che coloro i quali si accingono ad eseguire ricerche sul liquor di conigli sperimentalmente sifilizzati, sappiamo che *anche in conigli apparentemente sani e che non hanno avuto alcun trattamento, si possono ricontrare alterazioni del liquor analoghe a quelle che dal Plaut e dal Mulzer sono state osservate in conigli inoculati con materiale sifilitico e con materiale paralitico.*

Nota. — Dopo la spedizione del manoscritto in tipografia, ho esaminato i primi preparati istologici del cervello del Con. 2 e del Con. 4, che era morto nel frattempo. Da questo esame preliminare risulta che tanto nel Con. 2, quanto nel Con. 4, si riscontrano abbondanti infiltrati plasmatocitari sia nella pia meninge, sia nel tessuto nervoso. Pubblicherò presto una descrizione completa del reperto istopatologico nei due conigli.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

LABORATORIO MEDICO-MICROGRAFICO
DEL MUNICIPIO DI NOVARA,
diretto dal dott. P. BANDINI.

La reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano.

Dott. PIERO FORNARA.

(*Continuazione e fine, vedi fascicolo n. 25*).

Riassumendo non solo da me ma da un notevole numero di altri autori è stata osservata la possibilità di ottenere una reazione di Wassermann positiva col L. C. R. di varie alterazioni meningee infiammatorie o meccaniche, sicuramente non luetiche: dato un tale reperto è necessario ricercare se è possibile in base alle modalità di queste reazioni non specifiche differenziarle dalle reazioni dei luetici. Ed appunto in base alla considerazione che tali Wassermann non specifiche diventano completamente negative sul L. C. R. inattivato col riscaldamento ho iniziato per paragone ricerche sull'influenza del riscaldamento del liquor nelle varie forme di sifilide dei centri nervosi. Però dato lo scarso numero di casi da me studiati in tal modo finora, preferisco continuare le ricerche in corso anzi che esporle già adesso: in tali esperienze però sono stato preceduto da Rizzo (1) che in un caso di sifilide cerebrale osservò la Wassermann positiva del liquor divenire negativa in seguito al riscaldamento e da Eicke (2-3) che con ricerche praticate su 118 casi conclude che il riscaldamento del L. C. R. diminuisce la positività della Wassermann anche nei casi di lue e che tale diminuzione è massima nelle sifilidi secondarie e nella tabe, mediocre nella lues cerebri, minima nelle paralisi progressive.

Davanti a una sì imponente statistica scarso valore potrebbero avere le mie contraddizioni basate su pochi casi: ad ogni modo quel che è certo e che anch'io ebbi ad osservare è che la reazione di Wassermann sul liquor del-

---

(1) C. RIZZO. *Speciale comportamento del liquido cefalo-rachidiano nella neurosifilide per la presenza di anticorpi specifici termolabili.* Lo Sperimentale, vol. LXXIV, fasc. I e III, pag. 144, 1920 (Rendiconto dell'adunanza dell'Accademia medico-fisica Fiorentina del 27 maggio 1920).

(2) H. EICKE und E. LÖWENBERG. *Ueber Verschiedenheiten in Ausfall der Wassermannschen Reaktion mit aktivem und inaktivem Liquor.* Medizinische Klinik, n. 14, 7 april 1921, p. 424.

(3) H. EICKE. *Ueber verschiedenartige Beeinflussung des Liquorwassermanns bei Inaktivierung mit verschiedenen Hitzengraden.* Medizinische Klinik, n. 42, 20 oktober 1921, p. 1273.

le affezioni sifilitiche del nevrasse può diventare negativa in seguito all'inattivamento del L. C. R.: tipico è a tale proposito il caso osservato di questi giorni di un vecchio tabetico di 68 anni che iniziò la sua tabe 27 anni fa con dolori folgoranti ed artropatie la cui diagnosi particolarmente difficile trattandosi di un verniciatore saturnino fu fatta allora da mio padre e dal prof. Pescarolo ed è attualmente confermata dal quadro sintomatologico completo. In questo ammalato trovai Wassermann e Sachs-Georgi nel siero di sangue intensamente positive. Nel L. C. R. reazioni albuminica, globulinica e citologica minime: Pandy +, Boveri + in 4'. Nonne Apelt + in 5', Weichbrodt negativa, 3 cellule per millimetro cubo. La Wassermann sul L. C. R. inattivato per 1/2 ora a 56° fu completamente negativa a tutte le dosi di liquor da 0.1 a 1.0: con il L. C. R. fresco fu positiva a tutte le dosi dopo un'ora di termostato, iniziando la emolisi dopo due ore sul primo tubo (0.1), dopo 3 e 4 ore essendo la emolisi completa nel primo tubo, iniziale nel 2° e 3° (0.20 e 0.30): dopo 24 ore la emolisi era ancora incompleta in queste provette e del tutto assente nelle provette a maggior concentrazione di liquor. La Wassermann praticata sul L. C. R. non inattivato ma conservato per sei giorni in ghiacciaia dà risultato nettamente negativo già dopo un'ora di termostato alle diverse dosi di 0.1, 0.2, 0.5, 0.7. La Sachs-Georgi sul liquor praticata pure a dosi scalari da 0.2 a 1.5 secondo il consiglio di Georgi junior (1) diede i seguenti risultati: a L. C. R. fresco positiva a 0.2 e 0.5 come finissimo precipitato, a 1.0 e 1.5 come precipitato grossolano; a L. C. R. inattivato negativa a tutte le dosi.

(Approfitto qui dell'occasione per notare che nei miei tre casi di meningite tubercolare e nel caso di Pott la Sachs-Georgi fu sempre negativa sia usando L. C. R. fresco che inattivato, alla dose di 0.2 e alla dose di 1.5. Osservo ciò di sfuggita riservandomi di tornare altrove su di questo argomento).

La reazione al benzoino colloidale diede la seguente curva: 0000001210000000.

Tale caso che io cito come esempio serva di confronto con i sunnotati di reazione non specifica: tanto qua che là la Wassermann fu negativa con il L. C. R. invecchiato o inattivato per mezz'ora a 56°, positiva con il L. C. R. fresco; ma tale reazione positiva è nei due casi diversa: nelle meningiti specifiche la reazione è assai più stabile e si conserva positiva anche dopo 12-24 ore di termostato, nelle affezioni non luetiche la reazione è più labile e già dopo 5'-6' di termostato la emolisi è completa. Ma in pratica quello che meglio può servire a scopo differenziale è che l'inizio della emolisi nelle affezioni non luetiche si ha nelle provette dove maggiore è la quantità del L. C. R., nelle affezioni luetiche essa è limitata a quei tubi dove il L. C. R. è in dose troppo lieve.

Una tale distinzione è più importante nelle meningiti sifilitiche acute poichè qui essa deve servire alla diagnosi differenziale colla meningite tubercolare ed ha quindi un valore pratico enorme. Ai sei casi di Eicke (l. c.) di meningiti acute nello stadio precoce del periodo secondario in cui esisteva accanto a una intensa reazione meningea una Wassermann sul liquor fissa ed indipendente dall'inattivamento posso aggiungere un caso di probabile meningite sifilitica acuta in un bambino certamente eredoluetico da me studiato, che mi induce a pensare che in queste forme la reazione di Wassermann sul L. C. R. presenti una stabilità analoga a quella delle affezioni meningee luetiche croniche: ecco il caso:

Il giorno 28 aprile c. a. entra nell'Ospedale Maggiore di Novara, reparto bambini, un ragazzino di sei anni. L'a. è il terzo di tre figli: il primo di 12 anni e la seconda di 9 sono vivi e sani. Il padre e la madre sono vivi e godono ottima salute: però la mamma racconta che nove anni fa, allattando una bambina del baliatico provinciale, ebbe un sifiloma alla mammella sinistra; fu curata con dieci iniezioni di calomelano e data per guarita, e infatti da allora essa non ebbe più alcun disturbo. Poco più di due anni dopo tale infezione ebbe il III figlio che è l'attuale ammalato. Esso ebbe a otto mesi una eruzione cutanea generalizzata, particolarmente intensa alla regione perianale e che fu molto ostinata e ribelle alle varie cure. Da allora in poi non fece nessuna malattia degna di nota. Da qualche mese presenta — a detta della madre — scosse miocloniche e irascibilità di carattere, sintomi che furono riferiti a una contemporanea infestazione d'ascaridi: il 23 aprile, pare in seguito a una indigestione, bruscamente comparvero febbre, cefalea e sonnolenza.

All'esame obbiettivo: bambino in scadenti condizioni di nutrizione e di sviluppo, con idrocefalo di modico grado (circonferenza di 53 cm.); cranio natiforme con fronte olimpica; ottundimento cerebrale, sonnolenza e stato soporoso con accenno a delirio nelle prime ore del mattino; Kernig e riflesso controlaterale di Brudzinski presenti; modica rigidità nucale; lieve strabismo interno dell'occhio sinistro; pupille midriatiche, pigre alle reazioni;

(1) F. K. Georgi. *Zur Frage der Empfindlichkeit der Sachs-Georgischen Ausflockungs. reaktion im Liquor.* Münchener medizinische Wochenschrift, n. 46, 12 november 1920, p. 1317.

papilla da stasi bilaterale; riflessi periostei e tendinei vivaci; accenno di Babinski. La milza è lievemente ipertrofica (dalla 7ª costa a un dito sotto l'arco costale). Si palpa la epitrocleare destra.

Una prima puntura lombare è praticata il 1° maggio: il L. C. R. esce a getto, limpido, con qualche piccolo coagulo fibrinoso natante; albumina aumentata (Pandy + + +, Boveri + in 2'); globuline aumentate (Nonne-Apelt per stratificazione modicamente positiva in 2 minuti). Sostanze riducenti diminuite (0.26 ‰ di glucosio al Martiri. Al conteggio con il contaglobuli di Fuchs-Rosenthal 204 cellule (= 68 per mmc.), di cui il 90 % sono linfociti.

Intanto lo stato dell'a. va peggiorando: una dose di santonina fa eliminare alcuni ascaridi, ma i disturbi nervosi perdurano immutati: con una temperatura oscillante tra 37° e 37°.8, con un polso di 58-60 al 1' lo stato psichico è sempre comatoso subdelirante con vomiti e stipsi.

Una seconda puntura lombare è praticata il 4 maggio: il liquido esce a zampillo, perfettamente limpido, affatto uguale per reazioni chimiche e citologiche a quello delle prime punture.

Il giorno 4 stesso si pratica la reazione di Wassermann sul liquor e sul sangue.

Col L. C. R. fresco della I e della II puntura è positiva debolmente con le dosi di 0.1 e 0.3, più nettamente con le dosi di 0.5-0.7-1.0; col L. C. R. inattivato è negativa con 0.1; dubbia con 0.3; nettamente positiva con 0.5-0.7-1.0. La reazione di Wassermann sul siero di sangue è intensamente positiva: così pure la Sachs-Georgi.

Stabilita in base a questi dati l'esistenza sicura di una sifilide (chè i dati anamnestici ci furono forniti solo postumi) e la possibilità di una meningite sifilitica acuta si inizia una cura antiluetica, ma troppo tardi: il bambino muore nella notte dal 4 al 5 maggio. Secondo il regolamento del nostro Ospedale non ci è concessa la richiesta autopsia ma le due cavie inoculate coi liquidi delle due punture lombari sacrificate circa 40 giorni dopo l'inoculazione non presentarono alcun segno di tubercolosi. Rimane però il dubbio: si trattò di una meningite sifilitica acuta o di una meningite cronica luetica riacutizzata per un'infezione intercorrente ignota (stato meningeo in un sifilitico secondo Lavergne)?

* * *

Dunque mentre nelle affezioni luetiche del nevrasse la reazione di Wassermann nel L. C. R. è di solito positiva sia a L. C. R. fresco che a L. C. R. inattivato (benchè talora anche in esse il riscaldamento ne diminuisca la positività) ed ha i caratteri di quella relativa stabilità solita della Wassermann nel sangue dei sifilitici, in casi di meningiti, e specialmente di meningiti tubercolari come in casi di compressione midollare, si può osservare nel L. C. R. una reazione di Wassermann positiva che si caratterizza per la sua labilità: positiva e spesso completamente positiva colle varie dosi da 0.1 a 1.0 usando L. C. R. attivo (non inattivato) e osservando la reazione dopo una o due ore di termostato, diminuisce molto di intensità fino a diventar negativa dopo 4-6 ore di termostato o dopo 24-48 ore di ghiacciaia, iniziando la emolisi nei tubi dove maggiore è la dose di L. C. R. e dà subito un risultato nettamente negativo se il L. C. R. fu riscaldato per mezz'ora a 56° o se fu conservato per 5-7 giorni in ghiacciaia.

Da ciò risulterebbe un mezzo assai semplice per evitare queste reazioni non specifiche: basterebbe usare sempre il L. C. R. inattivato; ma d'altra parte, secondo certi AA. almeno e in certi casi di certo, anche nei L. C. R. delle affezioni sifilitiche il riscaldamento del liquor porta a un indebolimento della reazione di Wassermann che può arrivare a far reagire negativamente tali liquidi sifilitici; perciò credo che in pratica non si possa applicare *tout court* il consiglio semplicista di Lesser di inattivare sempre il L. C. R. e di praticare la reazione di Wassermann sempre solo col L. C. R. inattivato: se ciò può portare all'errore opposto di renderci negative delle reazioni in casi di sifilide certa, ben più prudente consiglio mi pare sia quello di praticare sempre la reazione contemporaneamente e sul L. C. R. fresco e sul L. C. R. inattivato: osservando con cura le differenti modalità di tale reazione e specialmente le variazioni sue col L. C. R. fresco, osservandone la intensità con le diverse dosi scalari da 0.1 a 1.0 (chè importante mi pare il fatto tuttora inesplicato, che in tali casi di reazioni non specifiche la reazione di Wassermann è più intensamente positiva con piccole dosi di liquor (zona di diluizione) che con dosi più forti (zona di concentrazione), contrariamente a quel che succede di solito nei liquidi sifilitici), osservando come si comporta dopo 3-6-12-24 ore di temperatura d'ambiente o di ghiacciaia, osservando come si comporta una nuova reazione con lo stesso L. C. R. lasciato a sè per 3-4 giorni, eviteremo di confondere le reazioni dei liquidi luetici con queste pseudo-reazioni.

* * *

Succede in fondo per il L. C. R. qualche cosa di analogo a quel che avviene nel sangue. Dopo che Wassermann introdusse la sieroreazione della fissazione del complemento per la diagnosi della sifilide, fra le numerosissime modificazioni di tecnica che furono proposte alla tecnica originale, una di quelle che più

fu presa in considerazione e che rimane tuttora è la tecnica di Hecht che adopera il siero di paziente attivo (non inattivato) usando di esso e come complemento e come siero emolitico naturale: a tale sistema che nelle varie sue modificazioni trovò molti aderenti, spetta senza dubbio il merito di essere molto più sensibile che il metodo originale; nei casi di sifilidi curate, di sifilidi latenti, di sifilidi monosintomatiche esso dà risultati positivi assai più spesso che il metodo originale; ma quel che acquista in sensibilità perde in specificità; in casi di lebbra, di framboesia, di tifo petecchiale, di tubercolosi, di malaria, di scarlattina, di angina di Plaut-Vincent, di carcinosi disseminata, in stato di narcosi, di ubbriachezza, di gravidanza, di agonia esso dà più spesso della tecnica originale reazioni positive non specifiche: e tale minore specificità indusse noi ad abbandonare questo metodo dopo averne riconosciuto in pratica gli ingannevoli effetti e mi fa piacere che in questi tempi in cui specialmente in Francia vi si è aggrappati nella angosciosa e febbrile caccia alla sifilide con entusiasmo esagerato, dopo Rubinstein (1) e Browning (2), Hecht stesso (3) in un suo recente e ponderato lavoro limiti gli orizzonti a questo suo sistema che raccomanda solo come controllo della cura di una sifilide nota mentre lo sconsiglia come metodo di ricerca di una lue latente o negata.

***

Dunque come vedemmo nel siero e nel liquido cefalo-rachidiano il riscaldamento se da un lato permette di eliminare le cause di errore dovute a fattori non specifici della reazione, d'altra parte può anche indebolire le reazioni specificamente positive fino a renderle negative.

Ciò se è noto da tempo per il siero di sangue è ancora ignoto ai più per il L. C. R. e, come nota Kafka (4), mette in nuova luce la questione dell'inattivamento del L. C. R.: secondo i classici l'inattivamento non è mai necessario per il liquor perchè esso all'infuori di casi eccezionali e specialmente all'infuori dei casi in cui contiene sangue, non possiede mai azione complementare. Ciò è confermato ancora da recentissime ricerche di Banchieri (1), ma ciò non è tutto: il riscaldamento non distrugge solo il complemento ma agisce anche direttamente sul meccanismo della reazione di cui diminuisce la positività.

Come possiamo noi spiegare ciò? Ma anzitutto come possiamo spiegare la presenza di reazioni positive in affezioni meningee non sifilitiche?

Le spiegazioni proposte furono diverse a secondo dei diversi autori. Come già vedemmo Plant (l. c.) seguendo in ciò Zaloziecki sostiene che si tratta di individui sifilitici in cui compare una meningite non sifilitica: come conseguenza dell'infiammazione meningea si avrebbe un aumento della permeabilità delle meningi sì che le reazioni luetiche già presenti nel sangue passerebbero anche nel liquor: e un'ipotesi analoga sostengono in Francia Hutinel e Merklen (2) che in base ai risultati della Wassermann nel L. C. R. sostengono che nell'11.16 % delle meningiti tubercolari esiste un terreno eredosifilitico, e Marcel Lavergne (3-4) che trovando in sette casi di stati meningei, da causa determinata, in due meningiti meningococciche, in una meningite tubercolare Wassermann positiva nel liquor e negativa nel sangue sostiene che la sifilide può sensibilizzare le meningi alle infezioni acute. Ma, come a ragione obbiettano Zadek e Jahnel, come ammettere una tale ipotesi nei casi in cui clinicamente ed anatomicamente si poteva escludere la lue ed in cui la Wassermann era negativa nel sangue? Occorre quindi pensare piuttosto che in questi casi si tratti di reazioni non specifiche, che non hanno nulla a che fare con la sifilide; Jahnel (l. c.) propende a

(1) M. RUBINSTEIN. *Séro-diagnostic de la syphilis. Les erreurs de technique dans la réaction de Hecht (sérum non chauffé) et leurs causes.* La Presse médicale, n. 38, 7 juillet 1919, pag. 373.

(2) L. H. BROWNING, E. M. DUNLOP and E. L. KENNAWAY. *The Wassermann reaction with unheated human sera.* Journal of Pathology and Bacteriology, t. XXV, january 1922, pagina 36.

(3) H. HECHT. *Zur Beurteilung der Wassermann Reaktion.* Medizinische Klinik, n. 17, 27 april 1922, pag. 525.

(4) V. KASKA. *Die Wassermannsche Reaktion der Rückenmarksflüssigkeit. 1e Mitteilung.* Medizinische Klinik, n. 34, 25 august 1921, pagina 1035.

(1) E. BANCHIERI. *Ricerche sul complemento nel liquor.* Pathologica, 15 luglio 1922, pag. 434, riferito in *Annali d'Igiene* n. 10, ottobre 1922, pag. 842.

(2) V. HUTINEL et PR. MERKLEN. *Méningite tuberculeuse et syphilis héréditaire.* Archives de médecine des enfants, tome XXIV, n. 9, septembre 1921.

(3) MARCEL LAVERGNE. *Méningites syphilitiques et réactions méningées chez des syphilitiques.* Archives de médecine des enfants, tome XIX, n. 11, novembre 1916, pag. 579.

(4) MARCEL LAVERGNE. *Contribution à l'étude de certaines réactions méningées de l'enfance. Leurs relations fréquentes avec la syphilis héréditaire.* Thèse de Paris, n. 247, 1920 (Legrand, éditeur).

considerare queste reazioni come dipendenti dalla distruzione dei linfociti del L. C. R.; già Kronfeld (l. c.) basandosi sulle esperienze di Pappenheim che otteneva Wassermann positiva col liquido di lavaggio di leucociti, sostenne che in seguito alla distruzione dei globuli bianchi del liquor vi si formino sostanze che fissano il complemento. Tale teoria fu ripresa e più seriamente discussa da Jahnel e da Bergel: sia che come sostengono Wassermann e Lange (1) i linfociti dei sifilitici hanno essi soli tale proprietà dovuta al loro contenuto in sostanze specifiche, sia che invece come vuole Spät (2) tutti i leucociti, tutte le cellule dell'organismo in genere abbiano la proprietà di alterare le sospensioni colloidali sì da fissare il complemento, secondo Jahnel le reazioni non specifiche sono particolarmente frequenti nei L. C. R. ricchi in cellule e in essi sono causate appunto da tale ricchezza in globuli bianchi: ciò che forse potrebbe trovare conferma nella constatazione fatta da varii autori (fra gli altri da Fontecilla e Sepulveda (3) e da Bonola (4)) che i liquidi cefalo-rachidiani ricchi in leucociti hanno la proprietà di ritardare se non di inibire la emolisi. Ma come spiegare allora le reazioni positive nei liquidi xantrocromatici ricchi sì in albumina ma poveri in cellule, come nei casi di Vincent, di Guillain, come nel mio IV caso?

Vincent (l. c.) sostiene che il contatto prolungato del L. C. R. con un tumore cerebrale fa passare nel liquor prodotti di secrezione del tumore, prodotti che a contatto con l'antigene si comportano come gli anticorpi sifilitici. Zadek e Saalfeld (5) pensano che l'aumentata distruzione dei lipoidi del sistema nervoso centrale causi la formazione *in situ* di anticorpi antilipoidei, i quali, messi in presenza con l'antigene lipoideo vi si combinano fissando di conseguenza il complemento.

(1) A. v. WASSERMANN und C. LANGE. *Zur Frage des Enstehens der Reaktionsprodukte bei der Serodiagnostik aus Lues.* Berliner Klinische Wochenschrift, n. 11, 16 märz 1914, pagina 527.

(2) W. SPÄT. *Zur Frage der Herkunste des luetischen Reaktionskörpers in der Zerebrospinalslüssigkeit.* Wiener Klinische Wochens., n. 26, 26 juni 1914, pag. 931.

(3) O. FONTECILLA et M. A. SEPULVEDA. *Le liquide céphalo-rachidien.* Maloine, éd., Paris 1921.

(4) F. BONOLA. *La rachicentesi ed il liquido cefalo-rachidiano.* Capelli, ed., Bologna 1921, pag. 106.

(5) U. SAALFELD. *Der Liquor cerebrospinalis, Untersuchungsmethoden und Befunde.* Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, n. 18, 15 september 1922, pag. 559.

Spiegazione graziosa ma troppo artificiosa per essere presa seriamente in considerazione e che inoltre non spiega le particolari modalità di comportamento di queste reazioni non specifiche.

Altri AA. dànno la maggiore importanza all'aumento delle albumine o meglio delle globuline del liquor e ricorderò qui prima di entrare nella discussione che De Villa e Ronchi (1) trovano un rapporto diretto tra la quantità di globuline presenti nel L. C. R. e calcolate in base alla reazione di Nonne Apelt e la positività della reazione di Wassermann e che Guillain che insiste sulla ricchezza in complemento e in albumina di questi liquidi pensa che la negatività della reazione consecutiva all'inattivamento del liquor dipenda dal fatto che il riscaldamento distrugge il complemento, cambia la jonizzazione del liquido e ne modifica le albumine.

Io credo che la spiegazione migliore si abbia risalendo alla natura stessa della reazione di Wassermann: noi sappiamo oggi che la reazione di W. non è una reazione biologica nel senso di una reazione immunitaria tra antigene ed anticorpo: essa è una reazione fisico-chimica tra sostanze lipoidi dell'antigene e sostanze proteiche del siero, e precisamente pare che nel siero le globuline, colloidi labili, facilmente precipitabili in vitro siano la causa diretta della reazione: questo almeno anch'io ritengo, di accordo in ciò con la maggior parte degli AA., col che però non nego che anche la sierina, i lipoidi del siero (lecitina e colesterina), i suoi sali in genere e il contenuto in sali di calcio in ispecie (Pietravalle (2)), la sua reazione, abbiano un ruolo molto importante nel favorire o inibire la precipitazione delle globuline: le globuline del siero sifilitico sono diverse dalle globuline del siero normale sia che si tratti di un aumento quantitativo (Bory (3-4)) sia che, come pare meglio dimostrato dai più recenti ricercatori, le globuline stesse, uguali in quantità, siano

(1) S. DE VILLA e A. RONCHI. *Ricerche sperimentali sulla reazione di Wassermann nei bambini.* Il Policlinico. Sez. pratica, nn. 6 e 7, 6 e 13 febbraio 1922.

(2) N. PIETRAVALLE. *La natura delle reagine luetiche e le principali cause di errore della reazione di Wassermann.* Annali d'Igiene, n. 8, agosto 1922, pag. 651.

(3) LOUIS BORY. *Sur la nature des composants de la sigma-réaction (Réaction de Wassermann).* C. R. Soc. de Biologie, t. LXXXI, 9 février 1918, pag. 128.

(4) LOUIS BORY. *Rôles respectifs de la sérine et de la globuline dans la sigma-réaction.* C. R. Soc. de Biologie, t. LXXXI, 9 mars 1918, pag. 247.

più facilmente precipitabili (Weissbach (1)); ciò starebbe forse in relazione con un disturbato equilibrio colloidale del siero sifilitico, come tendono a dimostrare gli studii di Sachs che parla di diminuzione del grado di dispersione delle globuline, le ricerche di Kopaczewski (2) che nei sieri sifilitici osservò un'aumentata tensione superficiale e una minore viscosità, sì che il siero sifilitico presenterebbe l'aspetto di un sistema colloidale in equilibrio instabile, in stato di colloidoclasia. Quel che è certo è che tali globuline labili, a contatto con le sostanze lipoidee dell'antigene hanno tendenza a floculare: ciò fu dimostrato già dalle ricerche di Iacobsthal che all'ultramicroscopio constatò la formazione di granuli più grossolani (agglomerati miceliari secondo Kopaczewski) al contatto tra siero luetico e antigene e fu confermato dalle successive ricerche. Oggi l'esistenza di tale precipitato non è più messa in dubbio da alcuno: solo vertono ancora dubbi sulla sua costituzione chimica e benchè già numerosi lavori siano stati fatti su di esso pure l'accordo non è ancora stato raggiunto: riassumendo le conoscenze attuali dirò che secondo Rubinstein (3-4) e specialmente secondo gli studi recenti di Wassermann (5-6) tale precipitato (aggregato di Wassermann) è composto di due sostanze di cui l'una lipoidea deriverebbe dall'antigeno, l'altra di costituzione albuminoidea, specifica (sostanza di Wassermann) deriverebbe — come confermarono le ricerche di Otto e Winkler (7) — dal siero luetico. Questo precipitato ultramicroscopico adsorbe e fissa il complemento e perciò è la causa della reazione positiva: è noto infatti da numerose fonti che il complemento è facilmente adsorbito dai fini precipitati colloidali ma sembra che occorra che tali precipitati debbano avere delle speciali proprietà per potere fissare il complemento se è vero quanto sostengono da un lato Rubinstein e Radossavlievitch (1), dall'altro Cacioppo (2) che solo i precipitati dei sieri luetici godono di tale proprietà che non è condivisa dai precipitati dei sieri normali.

Richiamata così la reazione di Wassermann non più a un fenomeno biologico strettamente specifico, ma a una reazione fisico-chimica tra sostanze colloidi è logico che essa debba essere influenzata dai fattori fisici: se il siero dà reazione positiva quando presenta modificazioni dell'equilibrio del suo sistema colloidale, la reazione potrà essere modificata da tutti i fattori che san turbare questo equilibrio. Sperimentalmente tale partecipazione di fattori fisico-chimici nel determinare profonde modificazioni nella cosidetta attività biologica del siero è dimostrata e dalle diverse modalità di inattivazione del complemento nel sistema emolitico (dallo scuotimento all'aggiunta di batteri o di amido (vedi Azzi (3)) e dal fatto non meno certo che emolisi si può avere anche senza ambocettore ma col solo complemento quando gli siano state aggiunte sostanze capaci di diminuirne il grado di dispersione (dalla soluzione glucosata isotonica al veleno di coma, dall'acido silicico all'inulina).

In pratica questa influenza dei fattori fisici sulle reazioni immunitarie dei sieri si ripercuote in duplice maniera: da un lato sappiamo che un siero Wassermann positivo può diventare negativo in seguito a modificazioni fisiche: così l'invecchiamento può rendere negativo un siero positivo (secondo Pietravalle per la modificazione del grado di alcalinità del siero stesso), e Renaux (4) constatò un tale effetto su 16% dei sieri luetici già dopo un

---

(1) WALTER WEISSBACH. *Wassermannsche Reaktion und Ausflockungsreaktionen nach Sachs-Georgi und Meinicke im Lichteneuere Forschung.* (Editore Fischer). Jena, 1921.

(2) W. KOPACZEWSKI. *Les caractères phisico-chimiques du sérum au point de vue de la réaction de Bordet-Wassermann.* C. R. Soc. de Biologie, vol. LXXXII, 6 décembre 1919, pagina 1269.

(3) M. RUBINSTEIN. *Méthodes séro-chimiques et nature de la réaction de Wassermann.* Paris médicale, 5 avril 1919.

(4) M. RUBINSTEIN. *Réaction de Bordet-Wassermann et procédés de «floculation».* Paris médicale, n. 46, 12 novembre 1921, pag. 377.

(5) A. von WASSERMANN. *Ueber neuere experimentelle Forschungen ueber Syphilis.* Berliner Klinische Wochens., n. 9, 28 februar 1921.

(6) A. von WASSERMANN. *Weitere Mitteilungen ueber die Zerlegung des Wassermannaggregates und ihre Anwendungsfähigkeit zur Bestätigung der positiven Wassermannschen Reaktion.* Klinische Wochenschrift, n. 22, 27 mai 1922, pag. 1101.

(7) R. OTTO und W. F. WINKLER. *Zur Kenntniss des sogenannten «Wassermannaggregates».* Medizinische Klinik, n. 25, 22 juni 1922, pag. 779.

(1) M. RUBINSTEIN et A. RADOSSAVLIEVITCH. *Séro-diagnostic de la syphilis. Méthodes de precipitation. Nature de la réaction de Wassermann.* C. R. de la Soc. de Biologie, tome LXXXI, 7 décembre 1918, pag. 1145.

(2) L. CACIOPPO. *Sul potere anticomplementare dei fiocchi della R. Sachs-Georgi e Meinicke.* Il Policlinico, Sezione pratica, n. 5, 30 gennaio 1922, pag. 149.

(3) A. AZZI. *Sui fattori di inattivazione del complemento nel sistema emolitico.* Haematologica, vol. 1, fasc. 1, gennaio 1920, pag. 126.

(4) RENAUX E. *Disposition par vieillissement de la réaction de Bordet-Wassermann dans certains sérums syphilitiques.* Réunion de la Soc. belge de Biologie, 9 octobre 1920.

invecchiamento di 48-72 ore; analogamente per il riscaldamento un siero positivo perde una parte del suo potere di fissare il complemento, al punto che secondo Gérard (4) tutti i sieri positivi riscaldati già solo a 40°-45° perdono da $^1/_4$ a $^4/_5$ della propria attività di anticorpo. D'altro lato sieri di persone indenni da lue possono in condizioni svariate dare reazioni positive: noi tutti abbiamo visto reazioni di Wassermann positive in casi di affezioni protozoarie, di malattie febbrili in periodo di crisi, in malattie distruenti con alterato ricambio lipoideo, in stato di colloidoclasia patologica o medicamentosa e ciò è logico se ammettiamo che la positività della reazione dipenda dalle proprietà fisico-chimico-colloidali del siero, proprietà che non possono essere strettamente legate a una malattia, ma se da essa più frequentemente causate possono però essere almeno parzialmente provocate anche da altre malattie: solo, in tali casi, di solito le modificazioni non specifiche del sistema colloidale del siero, sono incomplete, parcellari, più instabili; le globuline sono sì facilmente floculabili in presenza di un antigeno lipoideo, ma la loro precipitazione è atipica ed incompleta ed il riscaldamento le stabilizza, inibendone spesso la precipitazione. Così possiamo spiegare che questi casi di reazione di Wassermann non specifica siano molto più frequenti con la tecnica di Hecht (siero fresco), che con la tecnica originale (siero inattivato).

Quanto ho detto del siero vale anche per il L. C. R.: il liquor sifilitico differisce dal normale per la quantità e la qualità dei suoi colloidi labili, delle sue globuline che sono più facilmente precipitabili; ma altre alterazioni infiammatorie o meccaniche dei centri nervosi e delle meningi possono causare analoghe modificazioni nelle globuline del liquor sì da causare con esso delle reazioni di Wassermann positive. D'altra parte come vedemmo a proposito del siero il riscaldamento e l'invecchiamento stabilizzano tali colloidi precipitabili (globuline) e ne diminuiscono quindi la floculabilità, distruggendo in essi quelli che convenzionalmente chiamiamo ambocettori termo-labili; ora anche nel L. C. R. sifilitico vi sono accanto a globuline meno sensibili a questa stabilizzazione globuline più sensibili, accanto ad ambocettori termo- e cronostabili ambocettori termo- e cronolabili; si capisce quindi che l'inattivamento, limitando la positività della reazione a quanto è in essa causata dai primi solo, ne diminuisce la intensità: ma nei L. C. R. modificati per altre cause in cui la reazione di Wassermann positiva non specifica è dovuta a una più fragile turba colloidale cioè più ad ambocettori termo- e cronolabili che a quelli stabili, l'inattivazione del L. C. R. (riscaldamento o invecchiamento) renderà la reazione più nettamente negativa.

(1) P. GÉRARD. *Termolabilité des anticorps syphilitiques.* C. R. de la Soc. de Biologie, t. LXXXI, 12 octobre 1918, pag. 835.

RIASSUNTO.

L'A. espone 4 casi, tre di meningite tubercolare e uno di paraplegia per compressione midollare da Pott, in cui la reazione di Wassermann era positiva nel liquido cefalo-rachidiano, mentre era negativa nel sangue e clinicamente non vi era alcun sintomo nè alcun dato anamnestico che parlasse per sifilide.

Espone le particolari modalità di queste reazioni non specifiche (positive solo nel liquido cefalo-rachidiano fresco e non inattivato, labili di fronte a un prolungato soggiorno in termostato, ecc.), e dopo aver passato in rassegna i casi analoghi della letteratura ed averne vagliate le varie ipotesi emesse per spiegarle, le spiega in base alle modificazioni (qualitative e quantitative) del contenuto globulinico dei liquidi in questione.

Novara, 20 ottobre 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO.

La sindrome dell'insufficenza emocrasica del fegato.

(P. E. WEIL, BOCAGE, ISCH-WALL. *La Presse méd.*, 1922, n. 52).

L'importanza del fegato nel metabolismo dell'emoglobina, resa libera nella milza dopo la distruzione dell'emazia, sia che se ne ammetta la trasformazione in bilirubina — pigmento biliare normale —, sia che si ammetta che il fegato elimini semplicemente pigmenti biliari preformati, è capitale. Aggiungiamo che molte sostanze plasmatiche, le quali intervengono nella coagulazione del sangue, sono di origine epatica, come pare siano di origini epatiche molte sostanze anticoagulanti. A parte tutte le teorie, è certo che una volta che la ghiandola epatica sia lesa, il sangue è profondamente alterato e la coagulazione avviene male: così sono note le frequenti emorragie negli epatici, le emorragie profuse ed i disturbi della coagulazione nella grande in-

sufficienza epatica (intossicazione da fosforo, itteri gravi, febbre gialla, vaiolo nero, ecc.). Tuttavia attualmente i medici non conoscono criteri clinici per stabilire l'insufficienza emocrasica del fegato: come sono conosciuti i grandi ritardi della coagulazione, le cattive qualità del coagulo, le grandi emorragie dell'insufficienza epatica, così non vengono presi in considerazione i piccoli segni.

Dallo studio di oltre un centinaio di epatici gli AA. notano che l'esame minuzioso della coagulazione «in vitro» permette di constatare diverse anomalie raggruppantesi in modo variabile.

Nell'osservazione dell'*irretrattilità del coagulo*, è indispensabile servirsi di tubi pulitissimi, a preferenza nuovi e sterili. Precauzione necessaria è di raccogliere il sangue venoso almeno in due tubi, per verificare che il fenomeno sia identico nei due recipienti. Un segno ematico che si constata quasi costantemente negli epatici è la diminuzione, nei casi gravi la mancanza, della retrattilità del coagulo: di conseguenza si ha debole essudazione di siero.

Ipercolemia: il siero essudato è molto più giallo che normalmente: l'eccesso di colorazione mostra che la colemia è aumentata, e ciò senza che vi sia ittero o subittero. Questa colemia ci spiega perchè sia frequente l'urobilinuria.

Spezzettamento del coagulo: i tubi di sangue, esaminati dopo 24 ore, mostrano che la parte inferiore del coagulo si è spezzettata.

Il coagulo degli epatici ha una trama di fibrina meno solida la quale lascia cader fuori delle emazie. Per poco che si muova il tubo, i bordi del coagulo si mostrano circondati da un alone rosso di globuli, che presto si depositano al fondo. Naturalmente questo segno manca quando la retrazione del coagulo è nulla.

Dissoluzione del coagulo: il fermento che produce normalmente la coagulazione del sangue, il trombozima, è capace di portare dopo circa una settimana, alla dissoluzione asettica del coagulo. Il fegato segregherebbe una sostanza protettrice del coagulo che Nolf chiama antitrombolisina, e che più o meno manca negli epatici; cosicchè in questi malati la redissoluzione del coagulo è più intensa e più rapida da cominciare in 24 ore e da essere completa in 4 giorni. Per studiare il fenomeno il sangue sarà raccolto in un Erhlenmayer sterile e nuovo: la quantità di sangue sarà di cinque cc. al massimo: si lascerà coagulare facendo stare la fiala su di un lato. Dopo 3-4 ore la fiala sarà rimessa a piatto, e coagulo e siero saranno interamente ricoperti da oli di paraffina sterile. Rappresentano delle cause di errore la presenza di bolle di aria nella parte superiore del coagulo, che aumentano l'aderenza di esso al vetro, e l'esistenza in alcuni sangui di uno strato di plasma puro che lascia i leucociti fuori del coagulo rosso, ritardando od impedendo la redissoluzione del coagulo.

Piastrinopenia: nella sindrome in discorso si nota con costanza una diminuzione delle piastrine: in 18 casi di affezioni del fegato, le piastrine erano diminuite di numero, dieci volte al di sotto delle 150,000, due volte intorno alle 250,000. Questa diminuzione può essere passeggera o durevole secondo i casi.

Ritardo della coagulazione: in rari casi di cirrosi atrofica, di fegato ipertrofico grasso tubercolare, di fegato da stasi con o senza concomitanti emorragie, gli AA. hanno constatato un ritardo della coagulazione variabile dai 45 ai 60 minuti e più.

Sedimentazione del cruore e coagulazione plasmatica: su tali fenomeni, le ricerche degli AA. sono ancora in corso.

Nella totalità degli epatici esaminati, gli AA. hanno constatato un aumento del tasso della colemia; gli AA. si sono contentati di constatare la tinta giallo intensa del siero, più intensa della normale, senza praticare alcun dosaggio colorimetrico. L'aumento della colemia spiega la frequente constatazione dell'urobilina nelle urine: più rara è la presenza dei pigmenti biliari normali che coesistono con l'ittero ed il subittero. La reazione di Hay fu spesso ma irregolarmente positiva: la stalagmometria sembra essere una prova più sensibile della reazione di Hay. La prova della glicosuria alimentare, praticata a digiuno con 150 grammi di sciroppo di zucchero è stata il più spesso negativa. La prova di Roch e Schiff al salicilato di soda non ha dato risultati clinici regolari e soddisfacenti. La prova dell'insufficienza proteopessica, ha permesso spesso di notare una leucopenia.

L'insufficienza emocrasica è uno dei segni più precoci di un disturbo funzionale o di una lesione anatomica del fegato. Una infezione od una intossicazione, colpendo la cellula epatica, reagisce sul sangue, la cui coagulazione diviene anormale per lo meno pel momento. Esistono però cause di errore che vanno vagliate: la più importante sta nel giudicare il tempo del sanguinare da un solo esame. Nella stessa giornata lo stesso epatico presenta valori normali: occorre quindi per esso fare

delle curve come si fa per la leucocitosi. Esiste una vera instabilità sanguigna il cui determinismo gli AA. non hanno potuto precisare, ma tra i coefficienti del quale intervengono gli alimenti, gli agenti medicamentosi.

È interessante il fatto che gli epatici hanno un sangue raramente a coagulazione ritardata. Riguardo al numero delle piastrine negli epatici, la cui diminuzione gli AA. mettono in rilievo, fa pensare che il disturbo epatico faccia risentire la sua azione non solo direttamente sul sangue, ma anche sugli organi ematopoietici. L'insufficienza emocrasica del fegato può dunque assumere un tipo complesso di disturbi disendocrini poliglandulari: al contrario, le alterazioni del coagulo, il ritardo della formazione, la cattiva qualità, la redissoluzione, possono provenire direttamente da lesioni cellulari del fegato in seguito a diminuzione o ad alterazioni del fibrinogeno, del trombogeno, dell'antitrombolisina, dell'aumento dell'antitrombosina.

Qualunque cosa sia, il prolungarsi del sanguinare, la sua aritmia nel tempo e nello spazio, esteriorizzano con una grande sensibilità i disturbi del metabolismo sanguigno plasmatico.

Mont.

Ricerche sull'urobilinuria e significato di essa

(Moreno De Vega. *Unión médica*, pag. 255, n. 237-238, 1922).

Una delle questioni più dibattute è la interpretazione dell'urobilinuria: alcuni autori distinsero diverse classi di urobilina ed una urobilinuria fisiologica ed una patologica, con spettri di assorbimento differenti.

Secondo alcuni esisterebbe una sola entità chimica, normale entro certe proporzioni, secondo altri essa comparirebbe solo in casi patologici. Alcuni considerano la urobilinuria come espressione della claudicazione della cellula epatica, altri come il reattivo della ipercolemia.

La urobilina è considerata come un derivato dell'idrogenizzazione della bilirubina, talora può derivare dalla biliverdina. Non è stata isolata pura: è solubile in alcool etilico, in alcool amilico, in cloroformio; meno in etere ed in etere acetico, debolmente in acqua. Le sue soluzioni addizionate a sali di zinco danno una fluorescenza apprezzabile. Lo spettro di assorbimento si mostra fra le linee E ed F. Si elimina allo stato di cromogeno.

Gli autori sono d'accordo nel ritenerla una sostanza normale nell'urina: non tutti però sono d'accordo nel considerarla unica. Sarebbe identica alla stercobilina.

È importante conoscere quale è la proporzione normale di urobilina nelle urine, dato che gli aumenti della quantità compaiono in determinati processi patologici. Stabilire un criterio unico che permetta tradurre in cifre la misura normale e quella patologica significa porre la prima pietra dello studio dell'urobilinuria: ma l'urobilina non ancora isolata allo stato di purezza chimica costituisce un corpo indosabile. Dosificazione spettroscopica, dosificazione colorimetrica dànno falsi risultati.

Si tende ad usare in pratica, per dar loro un valore patologico, le reazioni meno sensibili accusanti le urobilinurie di maggiore intensità. Qualunque sia il metodo usato, non basta che l'analizzatore informi semplicemente della presenza o meno dell'urobilina: ciò non significa nulla. Bisogna invece sapere il grado dell'urobilinuria. Altro punto da tenersi presente è la concentrazione dell'urina: un'orina urobilinurica, diluita, assume i caratteri di un'orina normale, ed un'orina normale, concentrata, assume i caratteri dell'urobilinurica. È perciò che anche quando le reazioni dell'urobilina, accusino proporzioni anormali, si terrà conto se lavoriamo con urine concentrate o no.

Formato il giudizio clinico circa la esistenza dell'urobilinuria, cioè dimostrata l'urobilinuria patologica, quale ne è il significato? L'urobilinuria compare in un gran numero di malattie: polmonite, reumatismo poliarticolare acuto, scarlattina, gotta, clorosi, anemia perniciosa, intossicazione cloroformica, alcoolica, saturnina, fosforica, da ossido di carbonio, nei grandi stravasi sanguigni, nell'asistolia, nel più gran numero di affezioni del fegato.

Prima di considerare le teorie genesiche, è necessario ritenere che:

1° l'urobilina è considerata identica alla stercobilina;

2° che la stercobilina compare nell'intestino per l'azione riduttrice sopra la bile esercitata dai germi intestinali;

3° che l'intestino del neonato non contiene stercobilina.

Non ammessa più è la *teoria ematica* fondata sulla formazione dell'urobilina *in vitro* a spese dell'emoglobina mediante fenomeni idratanti, e data la formazione dell'urobilina nei focolai emorragici. L'urobilina si formerebbe nel sangue circolante.

Più fornita di base sperimentale è *la teo-*

ria istiogena. La urobilina può originarsi nei tessuti per trasformazione dell'emoglobina nei travasi sanguigni.

Secondo questa teoria la urobilinuria fisiologica non sarebbe che la *conseguenza* della colemia fisiologica dimostrata da Hayem, Gilbert ed altri.

Secondo la *teoria intestinale,* l'urobilina avrebbe unica origine nell' intestino, data la identità della urobilina con la stercobilina e dato il parallelismo fra la proporzione della urobilina urinaria e della stercobilina fecale.

La teoria epatica segna due tappe: in una si considerò l'urobilina come il pigmento del fegato malato, della cellula epatica insufficiente a trasformare l'emoglobina in bilirubina. La urobilina sarebbe uno stato intermedio della trasformazione dell'emoglobina. In una seconda tappa l'urobilina fu considerata elaborata dal fegato a spese dell'emoglobina.

I sostenitori della *teoria entero-epatica* emisero l'ipotesi che l'urobilina di origine intestinale a spese della bilirubina, in parte giungerebbe per mezzo della porta al fegato ed in presenza della cellula epatica sarebbe trasformata in pigmenti biliari. Una piccola parte passerebbe nel sangue e solo una piccola parte sarebbe versata nuovamente con la bile nell'intestino.

Le ricerche del Brulé fanno ammettere che la urobilinuria è regolata dalla colemia, e che la bilirubina ha un alto « dintel » di escrezione. Se la colemia è leggera la bilirubina non si eliminerebbe che allo stato di urobilina, corpo più diffusibile, e quando la proporzione di bile è grande, appare nell'urina la bilirubina.

Date le diverse opinioni in proposito, risulta che non può adottarsi una teoria totalmente soddisfacente. I clinici ben sanno che ogni qual volta vi è insufficienza epatica vi è urobilinuria anormale, e che non ogni qual volta vi è urobilinuria anormale, esiste insufficienza epatica.

Dal punto di vista clinico le cose, quindi, sono di poco variate con i più recenti lavori. Urobilinuria anormale significa lieve aumento della bilirubina nel sangue, causato da ittero emolitico (od altro processo con distruzione eritrocitica), da distruzione biliare incompleta o da malattia della glandola epatica stessa, ed in quest'ultimo caso sia che si verifichi conformemente alla teoria entero-epatica, sia per ritenzione biliare, ammettendo che il fegato non lasci passare la bile, come il rene fa con alcuni corpi, supponendo con ciò dimostrata la formazione extraepatica di pigmenti biliari.

MONT.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

An Index of prognosis and end-results of treatment. Redatto da varî autori sotto la direzione di A. Rendle Short. Un vol. in-8, di 594 pag., rilegato. J. Wright e figli, ed., Bristol, 1922. Prezzo scell. 42.

Ad una esatta valutazione della prognosi, più ancora che ad una diagnosi esatta e ad una cura efficace, il medico non arriva che dopo una lunga pratica oculata, e ciò anche perchè, nonostante la sua importanza, questa parte della scienza medica viene messa in seconda linea nei trattati e non forma oggetto di opere speciali. L'unica esistente finora, salvo una recente francese di minor mole, è questa, di cui la prima edizione venne pubblicata nel 1915.

L'A. ed i suoi collaboratori hanno avuto un compito non agevole, tanto più che, per diverse ragioni, i dati rilevabili dalla letteratura non rappresentano la completa verità ed esigono quindi un severo lavoro di critica. Il problema poi, se si presenta difficile per la chirurgia, lo è a maggior ragione, perchè più vasto e complicato, per la medicina; basti pensare, ad esempio, alle svariate condizioni che influenzano la prognosi del diabete, della sifilide, della nefrite, ecc., per avere un'idea della complessità della questione.

Per la disposizione della materia è stato adottato l'ordine alfabetico; un ampio indice supplementare agevola le ricerche. Oltre la medicina e la chirurgia, sono trattate l'oftalmologia, la ginecologia, la venereologia, ecc.; la esposizione è precisa e completa, e prospetta al medico tutti i lati della questione prognostica. Questa III edizione è aumentata di non poco in confronto delle precedenti.

fil.

L. MOHR, R. STAEHELIN e collaboratori. *Trattato di medicina interna.* Puntate 29 e 30. Società Editrice Libraria, Milano, 1922-23. Prezzo lire 30.

Queste due puntate del noto trattato di Mohr e Staehelin, in corso di pubblicazione, sono la continuazione della II parte del III volume dedicato alle malattie dello stomaco. Vi sono trattati i disordini sensitivi (Staehelin), la gastrite ed il catarro gastrico cronico (Gigon), l'ulcera gastrica e duodenale (Michaud), il carcinoma (Rütimeyer), la tubercolosi, sifilide ed actinomicosi (Gigon), i corpi estranei e le neurosi (Staehelin).

fil.

N. Pende. *Le debolezze di costituzione.* Introduzione alla patologia costituzionale. Un vol. in-16, di 136 pag. Libreria di scienze e lettere. Roma, 1922. Prezzo L. 7.50.

Lo studio della costituzione individuale che il De Giovanni aveva fissato nelle sue grandi linee e nel suo significato, viene ora assumendo grande importanza nella patologia e numerosi lavori si sono venuti accumulando in Italia per opera di Viola, Pende, Fici ed altri, ed in Germania.

Il prof. Pende espone in questa prima parte i concetti generali delle anomalie e debolezze di costituzione, trattando in modo particolare l'analisi semeiologica, i criterî per la classificazione dei tipi e le prinicipali ectipie. Si ha così un'idea del largo campo che con tali indagini si apre davanti al medico pratico ed allo studioso della psiche e della biologia. La esposizione limpida, sobria ed efficace fa sì che il concetto che l'A. vuole esprimere balzi fuori nella giusta luce e si imponga all'attenzione del lettore, accennandogli anche le numerose applicazioni di cui è feconda tale dottrina.

fil.

L. Cheinisse. *L'année thérapeutique* (1922). Un vol. in-16, di 208 pag. Masson e C., ed. Parigi, 1923. Prezzo Fr. 7.

Il nome di Cheinisse è ben noto ai lettori della Presse Médicale, dove egli espone in brevi e chiare riviste sintetiche il movimento della terapia.

Con gli stessi criterî è compilato questo annuario che presenta ai lettori i principali mezzi terapeutici preconizzati e messi in uso nel 1922. Esso rappresenta quindi una specie di bilancio terapeutico dell'anno, esposto senza entusiastiche approvazioni e senza sterili scetticismi, ma con spirito di sana critica, che coordina le idee in modo che il medico possa averne un giusto indirizzo nella pratica. Particolarmente interessanti sono le osservazioni critiche su certi metodi e tecniche come l'opo- e vaccinoterapia e le iniezioni endovenose.

fil.

A. Gigon. *Einige neuere Betrachtungsweisen in der Ernährungstherapie.* Un vol. in-8, di pag. 48. C. Marhold, ed. Halle 1922. Prezzo Marchi 14 col 120 % ed il resto di aumento.

Trattasi di una rivista sui moderni concetti di dietetica applicati all'individuo sano ed ammalato. Sono presi in esame le abitudini dietetiche individuali, il valore alimentare della dieta, le sostanze che forniscono calorie, l'acqua, i sali, le vitamine. Il volumetto fa parte di una collezione di memorie sulle malattie dell'apparato digerente e del ricambio.

A. Z.

Medical and Surgical Reports of the Episcopal Hospital. Un vol. in-8, di pag. 326, con figure e tavole, rilegato. Philadelphia, Press of W. M. J. Dornan, 1916.

Il grosso volume, che è il quarto della serie, contiene i resoconti di questo importante ospedale, che aveva nel 1916 un movimento di circa 5,500 ammalati, con una degenza media di 20 giorni ed un costo giornaliero di dollari 1.75-2 per individuo. Seguono la biografia di Ashurst (il cui nome è legato alla fondazione ed allo sviluppo dell'ospedale) e 43 interessanti lavori originali ed osservazioni cliniche compiute nell'ospedale stesso.

fil.

Bibliography of hookworm disease. Un volume in-8, di 417 pag. The Rockefeller Foundation Internat. Health Board. New York, 1922.

La benefica Fondazione Rockefeller ha iniziato fin dal 1910 la lotta contro l'anchilostomiasi ed ha iniziato dal 1923 la preparazione della bibliografia su tale argomento. Essa forma l'oggetto del presente volume, comprende 5,680 titoli ed è fatta con estrema accuratezza. Sono citati non solo i lavori singoli, ma anche le opere (di patologia, di microbiologia, ecc.), in cui viene trattata l'anchilostomiasi; delle diverse pubblicazioni si citano, oltre la fonte originale, le traduzioni, le recensioni od i sunti; di più la bibliografia non è compilata sulla base della sola trascrizione del titolo, ma i singoli argomenti trattati nel lavoro vengono elencati sotto diversi capitoli.

Si rileva da questo volume il largo contributo degli italiani agli studî sull'anchilostomiasi, a cominciare dai nomi gloriosi di Dubini (1843), di Perroncito, di Grassi (1879), ecc.

Precede un'introduzione in cui vengono date nozioni generali sull'argomento dal punto di vista storico come da quello della profilassi e del trattamento, a riguardo del quale si insiste sull'efficacia dell'olio di chenopodio. La coscienziosa fatica dei compilatori merita un plauso incondizionato.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

II Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militare.

(*Roma, maggio-giugno 1923*).

Il giorno 28 maggio u. s. in Campidoglio, nell'aula del Palazzo Senatorio, ha avuto luogo la solenne inaugurazione del II Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia Militare, alla Augusta presenza di S. M. il Re e con l'intervento delle LL. EE. Mussolini, Diaz e Gentile e del Sottosegretario Acerbo, di una larga rappresentanza di Autorità civili e militari, di numerose personalità scientifiche e di circa 800 congressisti.

Erano ufficialmente rappresentate alla seduta le delegazioni delle seguenti Nazioni: Belgio, Francia, Inghilterra, S. U. d'America, Spagna, Svizzera, Giappone, Danimarca, Olanda, Polonia, Cecoslovacchia, Jugoslavia, Rumenia, Irlanda, Argentina, Grecia, Uraguay, Venezuela, Costa Rica, Egitto, Cina, Columbia, Estonia, Messico, Cile, ecc.

Dopo un vibrante saluto del Commissario Regio, senatore Cremonesi, a nome dell' Eterna Città, ed uno patriottico di S. E. il Gen. Diaz, che con commossa parola rievocò il tributo di sangue dato dal Corpo sanitario militare nell'ultima guerra, il Gen. medico capo F. Della Valle, presidente del Comitato organizzatore, espose in felicissima sintesi l'organizzazione sanitaria dell'Esercito italiano durante la guerra, le cui caratteristiche furono la utilizzazione del personale e la specializzazione dei vari servizi. A nome dei delegati esteri prese in ultimo la parola il Gen. medico Wilmaers, Ispettore generale del Servizio sanitario militare belga.

I congressisti si recarono quindi in imponente corteo a deporre corone sulle tombe di Vittorio Emanuele II e di Umberto I al Pantheon e a quella del Milite Ignoto sull'Altare della Patria. Nel pomeriggio i delegati esteri, presentati dal Gen. Della Valle, furono ricevuti in particolare udienza da S. M., che si trattenne in affabile colloquio. Alla sera, al Castello dei Cesari, fu offerto un pranzo intimo ai delegati esteri.

Le sedute successive del Congresso furono tenute all'Ospedale Militare del Celio.

In quella del 29 maggio fu discusso il I tema generale «*Sull'organizzazione del servizio sanitario e sullo sgombero dei feriti e malati in guerra, tenuto conto delle esigenze irriducibili delle necessità terapeutiche*». Furono relatori per l'Italia il Gen. medico Santucci e il Magg. medico De Berardinis; per la Francia i medici principali di 1ª classe Uzac, Duguet e Dopter. Presero parte alla discussione il Gen. medico Bonomo, i Col. medici Mennella e Baduel, direttore della C. R., e i Ten. col. Perna e Caccia. Da questo dibattito fu rilevata la necessità di una collaborazione effettiva fra Comandi e direttori dei Servizi sanitari ed un collegamento personale e diretto fra servizio della zona delle Armate e quello delle retrovie, conciliando le necessità tecniche a quelle militari, assicurando il servizio degli sgomberi con larghi mezzi di personale e materiale che dovrebbe essere di un tipo uniforme per permettere la interscambiabilità fra le varie Nazioni.

Nel pomeriggio all'Ospedale militare, nei giardini di villa Fonseca, fu offerto ai congressisti un sontuoso ricevimento. Fu ammirata una interessante mostra di materiale sanitario di guerra.

Nella seduta del 30 maggio fu svolto il II tema generale «*Collaborazione delle Autorità civili e militari competenti in materia d'igiene, di educazione fisica e di profilassi*». Furono relatori per l'Italia il Ten. col. medico prof. Grixoni, il Magg. medico De Berardinis e il prof. Ilvento, della Sanità Pubblica; per l'Inghilterra il Magg. med. Dawson, per la lotta antivenerea, e per gli S. U. d'America il Comand. Bainbridge, che trattò dell'influenza della guerra sulla tubercolosi chirurgica e presentò altre relazioni dei dottori Jacobs, Seehan, Jones e Coy. Il Gen. Bonomo riferì quindi sulla organizzazione profilattica del nostro Esercito, mandando un saluto alla memoria dei proff. Galeotti e Jatta vittime del dovere e ricordando l'opera dei proff. Maragliano e Burci presenti all'assemblea. I proff. Alberti e Modena ed il Ten. col. Consiglio riferirono quindi sull'organizzazione neuropsichiatrica di guerra. Dalla discussione fu affermata un'intima collaborazione fra autorità sanitarie militari e civili nella possibilità di ottenere una popolazione forte e sana che darà validi soldati all'Esercito, correggendo fin dall'infanzia i difetti fisici e psichici. La guerra ha offerto occasioni più favorevoli per saggiare le misure profilattiche contro le malattie veneree, le affezioni mentali, per provare l'efficacia delle vaccinazioni antitifica, anticolerica, antivaiolosa e della sieroterapia antitetanica e antidissenterica: i risultati della vaccinazione antitubercolare, pure non potendo essere considerati nel loro valore decisivo, meritano di essere più largamente studiati.

Nel pomeriggio i congressisti si recarono in visita al Foro Romano e al Palatino: gli scavi furono illustrati dai proff. Bartoli e Tambroni, ed il sen. Boni, infine, ricevette affabilmente gli invitati nei magnifici giardini farnesiani.

Nella IV seduta del 31 maggio fu discusso il III tema «*Sulla disinfezione e disinfestazione in tempo di pace ed in tempo di guerra*». Furono relatori per l'Italia i Ten. Col. medici Rizzuti e Martoglio, per la Spagna il Ten. Col. medico Potous e per la Svizzera il Ten. Col. farmacista Thomann. Fu rilevato che per la disinfestazione i metodi più sicuri sono il calore secco e fra i prodotti gassosi l'acido cianidrico, usato con le dovute cautele da personale specializzato sotto la guida di tecnici, adottando un apposito regolamento.

In treno speciale poi i congressisti si recarono ad Anzio per visitare il Sanatorio militare ed a Nettuno per visitare la Scuola di malariologia della Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Il 1º giugno fu tenuta la V seduta per la discussione del IV tema «*Sul trattamento in primo tempo e sugli esiti delle ferite toraco-polmo-*

nari». Furono relatori i Ten. Col. medici Caccia e Ricci. Presero parte alla discussiohe il Gener. medico Bonomo, il Magg. Vonken e il prof. Rossi. Fu dimostrato che l'astensione ha sempre le sue indicazioni nelle ferite toraco-polmonari chiuse con assenza o con modico emotorace, non complicate ad emottisi, nei setoni da fucile, da shrapnell, da piccole scheggie, e che il pneumo-torace artificiale rappresenta un reale progresso nella cura di queste lesioni. Il trattamento chirurgico è indicato nelle ferite della parete, nei pneumotoraci aperti, per l'emostasi e per prevenire infezioni. Le ferite pericardio-cardiache con emopericardio richiedono il trattamento immediato. La tubercolosi polmonare è complicanza rara in queste ferite, le quali risvegliano per lo più un focolaio latente o aggravano un processo specifico già in evoluzione.

Nel pomeriggio i congressisti si recarono in automobile ad Ariccia in visita a quel Sanatorio per i fanciulli predisposti alla tubercolosi.

Nella seduta finale del 2 giugno fu svolto infine il V tema «*I laboratori di chimica presso le Armate*». Furono relatori per l'Italia il Ten. Col. chimico-farmacista Pagniello ed il Magg. chimico-farmacista Cappelli, e per la Cecoslovacchia il Cap. farmacista Sukarda. Fu affermata l'importanza della nuova e portentosa arma chimica e riconosciuta l'opportunità di studiare fin dal tempo di pace la neutralizzazione, predisponendo ingenti quantità di materie prime ed adeguati sistemi di difesa. Furono fatte quindi altre importanti comunicazioni su varî argomenti.

Furono infine posti in votazione i varî ordini del giorno riferentisi ai temi del Congresso.

Successivamente, sotto la presidenza del Gen. medico capo Della Valle, fu tenuta la seduta plenaria del Comitato Internazionale permanente e furono approvate varie modificazioni allo statuto. Per acclamazione fu designata Parigi a futura sede del III Congresso nel 1925 e fu nominato il Gen. Della Valle presidente onorario del Comitato Internazionale permanente.

Con un vibrante saluto rivolto ai congressisti dai Generali Wilmaers e Della Valle si chiuse questo importante Congresso.

A. C.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 15 aprile 1923.

Presidenza del prof. R. STANZIALE, vice-presidente.

Presentazione di alcuni cervelli anomali.

Prof. BIANCHI LEONARDO. — L'O. presenta due encefali di microcefali appartenenti alla stessa famiglia, uno del peso di 184 gr. e l'altro di 380 gr. Il lobo frontale di quest'ultimo, presenta un solo solco che divide la prima circonvoluzione frontale dalla seconda. Questo solco è altresì interrotto trasversalmente da un altro solco il quale divide in due metà tanto la prima quanto la seconda circonvoluzione frontale. Quest'ultima raggiunge il piano orbitale, da cui è separata da un solco il quale divide questa circonvoluzione dalla circonvoluzione esterna della superficie orbitaria del lobo frontale. La scissura di Silvio non ha la branca verticale, perchè l'opercolo si continua in avanti con una circonvoluzione che pare il prolungamento della circonvoluzione rolandica anteriore, la quale si fonde indietro e in dentro con la circonvoluzione orbitaria esterna, mentre manca completamente quella che va col nome di circonvoluzione posteriore del piano orbitario, e che si può considerare normalmente come il prolungamento della terza circonvoluzione frontale. Da siffatto prolungamento della rolandica anteriore che si piega in avanti obliquamente per raggiungere il piano orbitario, partono due solchi i quali potrebbero essere considerati come le branche verticale e posteriore della scissura di Silvio con la quale pertanto codesti due solchi comunicano. Manca completamente la terza circonvoluzione frontale, a meno che non si voglia considerare come tale il descritto prolungamento in avanti della circonvoluzione rolandica.

In entrambi gli emisferi il solco anteriore trasverso del piano orbitale è costituito da due sole circonvoluzioni; la circonvoluzione retta con un solco profondo che accoglie il bulbo olfattivo e la circonvoluzione esterna divisa dalla prima da un grosso solco che a sua volta si ricurva in avanti e in dentro al di sotto del solco anteriore trasverso frontale per raggiungere la scissura interemisferica. Nell'altro cervello la disposizione è ancora più semplice. Questi fatti trovano riscontro nel cervello del Cebus. Le ricerche istologiche praticate sul mantello cerebrale del cervello di 184 gr. dimostrarono una grande scarsezza di cellule, mancanza quasi completa di stratificazione, scarsissime cellule piramidali con scarsi prolungamenti, fatti che depongono per una mancata evoluzione del cervello. Anche il secondo cervello per la regolarità e la quasi simmetria può rientrare perfettamente nel gruppo delle microcefalie pure. Tratterebbesi dunque di un arresto di evoluzione cerebrale e di un esempio classico di reversione atavica, assomigliando molto ai cervelli dei Cebus superiori.

Recenti perfezionamenti della chirurgia cranica in Francia - Presentazione dello strumentario di Thierry de Martel.

Prof. GIULIO GIANTURCO. — L'O. riferisce su quanto ha avuto occasione di osservare recentemente nella Clinica specializzata di Thierry de Martel, a Parigi.

Dopo aver parlato sui vantaggi della anestesia regionale nelle operazioni sull'encefalo e su quelli che derivano dalla posizione assisa dell'operando, l'O. riferisce ancora sui processi di emostasi e sulla tecnica della trapanazione con i procedimenti del chirurgo francese, precisandone le indicazioni.

Termina con la presentazione dello strumentario che, attraverso dispositivi meccanici semplici e

perfetti, permette di aprire una breccia cranica di qualunque grandezza in tre o quattro minuti senza scosse nè vibrazioni, mentre dà all'operatore la sicurezza matematica di non ferire nè le meningi nè l'encefalo.

Lo strumentario in discorso trova pure utile applicazione nelle laminectomie. L'O., che ha già avuto occasione di servirsene in un ammalato in cui esisteva lussazione della 12ª dorsale, lo giudica anche in questo caso assolutamente rispondente agli scopi prefissi dall'inventore.

A. CHISTONI.

Accademia Medico-Fisica di Firenze.

Adunanza del 25 gennaio 1923.

Nuovo terreno e tecnica per l'isolamento in cultura pura dei B. tubercolari dagli escreati e da altri prodotti e tessuti patologici.

G. PETRAGNANI. — L'O. propone un terreno latte-uovo-fecola di patate con verde di malachite (2 cmc. di verde di malachite all'1 % in H_2O per ogni 100 cmc. di terreno), solidificato in grossi provettoni. Si deve sempre fare l'omogeneizzazione del materiale con uno o due volumi di soluzione di idrato sodico al 4 % e dopo un'ora neutralizzare solo in parte l'alcali con aggiunta di acido cloridrico puro diluito su nove volumi di acqua. La centrifugazione del materiale omogeneizzato non è necessaria nè utile.

L'O. presentò numerosi provettoni del suo terreno con belle colonie e addirittura patine in cultura pura di B. tubercolari nati seminando escreati, sedimenti d'urina, ecc., tubercolari.

L'O. ritiene non solo possibile la coltivazione di B. tubercolari da escreati od altri prodotti che ne siano particolarmente ricchi, ma anche da quelli dove l'esame diretto riesce praticamente negativo, e presenta all'uopo alcuni provettoni con rare colonie di B. di Koch che aveva seminati con un escreato di individuo tisico ma che erano resultati *negativi* all'esame diretto.

Adunanza dell'8 febbraio 1923.

G. PETRAGNANI. — *Alcune ricerche sul siero di sangue di colombi normali e sottoposti a trattamento con sostanze antigene.*

La cura della sifilide col bismuto.

LODOVICO TOMMASI. — L'O. ritiene in base alle proprie esperienze il B. un ottimo antiluetico di azione specifica non inferiore al mercurio. La stomatite è evitabile, e così gli altri inconvenienti. Effetto ottimo nel terziarismo, scarso sul Wassermann. Si hanno recidive come con tutti gli altri antiluetici. Da adoperarsi per ora nei casi ribelli o già molto mercurializzati. La posologia merita di essere meglio studiata, essendo troppo grande la differenza del contenuto in B. dei vari preparati.

Sopra un caso di emoangectasia cavernosa (impropria «angioma cavernoso») congenita, diffusa totale della gamba e del piede. — Con dimostrazione di pezzi anatomici e proiezione di microfotogr.

GUIDO VERNONI. — Descrizione clinica del caso e illustrazione anatomo-patologica delle lesioni dell'arto amputato (guarigione del P.). In base allo studio di queste alterazioni l'O. ritiene di dover escludere la natura neoplastica della malattia. La lesione primaria, congenita e di natura degenerativa, sarebbe a carico delle vene con conseguente insufficienza funzionale, da cui deriverebbero per vari meccanismi fisio-patologici tutte le altre alterazioni osservate.

Adunanza del 1º marzo 1923.

Nuovo metodo personale di cura della blenorragia infantile.

LODOVICO TOMMASI. — L'O. ricorda di aver presentato nel 1919 un vaginoscopio bivalve di sua invenzione per lo studio e la cura delle così dette vulvovaginiti blenorragiche delle piccole bambine. Ricorda come con questo mezzo egli potette per primo mettere in chiaro l'anatomia patologica di queste forme e stabilire in modo indiscutibile la localizzazione uterina, come poi altri AA. hanno confermato. In base ai suoi reperti egli ha stabilito un metodo di cura basato sulla elettrolisi in vagina di sali di argento e sulla cura contemporanea del canal cervicale a mezzo del suo vaginoscopio. Ha curato 25 bambine blenorragiche. La media del periodo di cura è stata di due mesi, in confronto ai sei o sette che occorrevano prima.

IGINO SPADOLINI. — *Presentazione di un distributore automatico per sierodiagnosi.*

VOLTERRA A. — *Il metodo del Rio-Hortega per il tessuto connettivo reticolare e una sua utile modificazione.* (Con presentazione di preparati).

Prof. L. CASTALDI.

Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania.

Seduta del 30 gennaio 1923.

Presidenza: Prof. G. CLEMENTI.

S. CITELLI. — *L'attuale mio metodo di cura dei tumori maligni.* — L'O. riferisce sul metodo da lui adoperato negli ultimi 6 mesi e sulle direttive che si prefigge di seguire per aumentarne l'efficacia e cercare di superare così l'ultimo ostacolo che gli rimane da vincere per raggiungere la meta. Comunica brevemente a quale punto egli è arrivato coi suoi risultati e crede sia doveroso insistere sulla via da lui tracciata per ricavarne il massimo profitto.

Un caso di vegetazioni adenoidi con estesa degenerazione mucosa. — In un ragazzo di 12 anni, nel cui anamnestico non figuravano malattie degne di rilievo, l'esame istolitico delle vegetazioni

adenoidi asportate dimostrò un'esistenza e profonda degenerazione mucosa della tonsilla faringea.

A. PIAZZA. — *Sulla utilità della prova agglutinante nelle mastoiditi e loro complicanze.* — L'O. riferisce che saggiata la prova agglutinante nelle mastoiditi acute semplici e complicate la trovò positiva nel 70 % dei casi. Dopo l'intervento chirurgico le agglutinine scomparivano dal siero dopo 8-10 giorni nelle forme semplici, mentre persistevano a lungo nelle mastoiditi complicate con focolai nascosti endocranici e con fenomeni setticemici. Fa notare la notevole importanza di tale fenomeno se applicato come mezzo diagnostico nelle forme ad andamento subdolo.

Un caso di epitelioma molto esteso del labbro superiore guarito colla anidride arseniosa. — L'O. illustra un caso di vasto epitelioma del labbro superiore che aveva interessato anche i tessuti sottodermici guarito colla anidride arseniosa. Presenta due fotografie dell'infermo di cui una eseguita prima della cura e l'altra a guarigione avvenuta.

CONDORELLI M. — *Polielmintiasi da «taenia solium L.» associata a «taenia saginata Goeze».* — Sebbene la tenia saginata sia più frequente ad osservarsi, accezionale ne è la polielmintiasi che si osserva invece quasi esclusivamente colla *taenia solium* per l'uso di carni suine fortemente panicate e poste clandestinamente in commercio.

Pediculosi del cuoio capelluto da «phtirius inguinalis». — L'O. da un caso osservato in giovinetto dodicenne è indotto ad ammettere un parassitismo vero e proprio.

L. CONDORELLI DE FIORE. — *Lo studio del bilancio tossico con speciale riguardo alle nefropatie.* — Premesse le nozioni bene accertate sul rapporto lipoideo normale e su quello dei nefripatici, giunge alle seguenti conclusioni:

1) la colesterina è una sostanza antitossica impiegata a difesa dell'organismo;

2) un costante aumento di grassi e di saponi liberi nel sangue è effetto di un alterato metabolismo per la prevalenza dei fenomeni di disintegrazione;

3) il rapporto lipoideo del sangue vale a misurare il bilancio tossico nei nefropatici;

4) l'indice antiemolitico urinario sostituisce il rapporto lipoideo nello studio del bilancio tossico dei nefropatici e di talune malattie infettive.

Un nuovo caso di «Trichoblastomycosis axillaris». — L'O., in un nuovo caso osservato, è riuscito ad isolare il parassita patogeno allo stato di purezza.

G. FIORITO. — *La fagocitosi delle piastrine.* — L'O., da esperienze in vitro ed in vivo, è indotto a negare ogni potere fagocitario alla piastrine.

G. RUSSO. — *Sintesi enzimatiche di composti azotati complessi in estratti di epato-pancreas.* — In determinate condizioni gli estratti di *epatopancreas* lasciati a sè in termostato a 37° presentano accanto ad una notevole riduzione dell'azoto amminico libero un aumento dell'azoto amminico legato in forma peptidica con scarsa variazione dell'azoto totale non proteinico. Si tratta di una sintesi enzimatica per reversibilità del processo proteolitico.

Contributo alla chimica degli organi genitali. — Influenza dello stato funzionale sul contenuto in azoto. — L'O. trova spiccate differenze nel contenuto in azoto dell'organo genitale a seconda che esso trovasi allo stato di riposo od in piena attività. Le differenze sono molto più sensibili nel testicolo che nell'ovaio e stanno forse col metabolismo lipoideo e colla funzione delle cellule nutrici specialmente attive nel periodo di riposo.

L'azoto nelle sue varie forme durante lo sviluppo del bombice del gelso. — Continuando in quest'ordine di indagini l'O. stabilisce la curva delle varie frazioni dell'azoto durante l'intero ciclo della vita dell'animale e dimostra i rapporti esistenti fra i dati chimici raccolti a particolari stati e funzioni biologiche degli insetti.

G. IZAR. — *Amebiasi in Sicilia.* — Le ricerche clinico-statistiche riguardanti la diffusione dell'amebiasi nella Sicilia orentale, l'O. è indotto alle seguenti conclusioni:

1) La distribuzione geografica dei 264 casi di malattia sinora accertati nella Sicilia orientale non permette di stabilire l'esistenza di veri centri di infezione: solo si può rilevare una certa maggiore diffusione nei paesi situati lungo le coste od in vicinanza di laghi e fiumi.

2) Nel 13.2 % dei soggetti sani che non furono mai in colonia nè alla fronte durante la guerra europea e nei quali manca ogni nota anamnestica circa pregresse turbe enterocoliche, si riscontrano nelle feci forme cistiche di *entamoeba histolytica.*

3) La metastasi epatica figura nel 16.3 % dei casi osservati nè è dato stabilire una maggiore frequenza delle metastasi epatiche nelle forme di amebiasi da probabile infezione tropicale (16.8 %) rispetto a quelle da probabile infezione nostrale (14.9 %).

4) Nelle popolazioni rivierasche predomina la sindrome enterocolica nel quadro dell'amebiasi, mentre nei paesi siti lungi da fiumi e dal mare la forma cachetizzante è la più frequente.

5) L'infezione amebica colpisce anche bambini al disotto dei 12 mesi (5 casi).

6) Il contagio famigliare è abbastanza frequente (6 casi accertati).

Modificazione alla tecnica della reazione meiostagmica precipitante (R. M. P.) *per la diagnosi di tumori maligni.* — L'O. illustra alcune modificazioni che due anni di pratica nella reazione hanno consigliato di introdurre. La tecnica della reazione risulta notevolmente semplificata. Necessita però sempre l'uso di acido ricinolico di provata attività che ben difficilmente si trova in commercio. A queste difficoltà l'O. ha posto riparo fabbricando da sè l'acido e conservando solo i preparati attivi.

M. CIPOLLA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La trasmissione auricolare del soffio di insufficienza mitralica.

Il soffio da insufficienza mitralica può in certi casi ascoltarsi oltre che sul focolaio dell'apice e nella propagazione ascellare, anche all'orecchietta; si tratta di malati con un torace piccolo ed un'orecchietta grossa che tocca la gabbia toracica sul davanti o posteriormente; l'onda reflua nell'orecchietta può così trasmettere allo stetoscopio il rumore di soffio che si produce all'orificio valvolare. Se la colonna vertebrale è in contatto con la parte posteriore dell'orecchietta e del ventricolo, il soffio sistolico si può ascoltare sulle apofisi spinose, a sinistra dello spazio scapolo-vertebrale, anche se il soffio è debole sul focolaio classico; la zona d'ascoltazione può estendersi dall'occipite al sacro.

Alla radioscopia si può rilevare che il cuore tocca o non i corpi vertebrali secondo la posizione del malato; si può anche osservare che quando il malato entra all'ospedale vi è il contatto e si sente il soffio; dopo qualche tempo, calmati i fenomeni asistolici, il soffio alla schiena scompare ed il contatto fra cuore e colonna vertebrale non esiste più.

Più rara è la trasmissione del soffio di insufficienza mitralica alla base del cuore; M. Roch (*Revue médicale de la Suisse Romande*, gennaio 1923) ne riporta un caso, in cui non ha potuto delucidarne il meccanismo patogenetico. La nozione di questa possibilità è però interessante, perchè un soffio alla base a sinistra dello sterno può indurre in errore e far pensare ad un soffio inorganico o da stenosi della polmonare; quest'ultimo può essere eliminato quando non vi è propagazione verso la clavicola sinistra nè fremito; i soffi inorganici sono più dolci, variabili e non coincidono necessariamente con un soffio organico alla punta. *fil.*

CASISTICA.

L'ascesso paranefritico.

È malattia non frequente, ma neppure eccezionale, ed è spesso causa di errori di diagnosi. L'accesso si sviluppa nella capsula adiposa del rene e non nel tessuto grasso che si trova al di fuori di essa; ha sede il più spesso alla faccia posteriore del rene, più di rado a quella anteriore od in corrispondenza dei poli. Il volume è variabile; in un caso di Franke (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1923, n. 7) venne dato esito ad un litro di pus, in altri casi non si ebbero che pochi cmc., pure essendovi stati dolori violenti. L'origine può essere metastatica, da focolai suppuranti anche piccolissimi, oppure l'ascesso può essere secondario ad una malattia acuta infettiva; talvolta non si può riscontrare alcuna causa. Si inizia spesso con dolori talvolta atroci, con febbre a brivido e fenomeni settici; può anche aversi guarigione rapida, sia spontanea, sia in seguito a puntura esplorativa, ovvero la febbre si fa remittente, i dolori continuano con carattere ottuso; all'inizio tendono ad irradiarsi al quadrante addominale inferiore, talvolta si nota sensibilità alla pressione dell'estremità anteriore della 12ª costa. Si possono avere sintomi di sepsi criptogenetica oppure dei disturbi a tipo tifoide, con febbre alta, polso raro, senza roseola nè splenomegalia, nè diazoreazione. L'esame delle orine è negativo. Quando l'ascesso si fa voluminoso, si hanno i sintomi da compressione.

La diagnosi differenziale va fatta con le nefropatie, la spondilite, l'ascesso pericolecistico od epatico, la miosite, la paranefrite semplice che può aversi associata ai vizî valvolari aortici e può dare dolori forti nel territorio dei nervi lombari a tipo di coliche intermittenti con ematuria. La puntura esplorativa può essere decisiva, talora però è negativa; la presenza di stafilococchi indica la origine metastatica. La radioscopia può essere di grande utilità, riscontrandosi dal lato affetto una minore mobilità del diaframma.

Il pericolo può essere dato dalla generalizzazione della sepsi e dalla rottura dell'ascesso in organi vicini; è indicata l'operazione da farsi al più presto sotto anestesia locale.

A. Z.

TERAPIA.

Trattamento dell' "herpes zoster".

Roger (*Gazette des Hôpitaux*, 17 febbr. 1923) dà i seguenti consigli:

1) *Eruzione.* — Il trattamento locale deve consistere nell'applicazione di polveri (talco, ossido di zinco); evitare il grattamento, gli unguenti e le applicazioni umide. Se vi è intensa dermatite, si può ricorrere a lozioni con alcool, all'acido picrico in soluzione, al linimento oleocalcare; se il dolore è molto acuto, applicare linimenti di cloralio o cloroformio, od unguenti con cocaina, belladonna, oppiacei; nelle forme ulcerate, medicazioni con acqua di Alibour. Se l'eruzione è vicina all'oc-

chio, fare istillazioni di argyrol per la cheratite e di atropina per prevenire l'irite.

2) *Dolore.* — Si possono usare i diversi antineuralgici, aspirina e derivati, cloralio, bromuri, solfato di chinino, belladonna, giusquiamo. Evitare invece gli oppiacei, specialmente la morfina; è preferibile la tintura di gelsemium a dosi crescenti da 6 a 12 goccie. Se la neuralgia si trascina a lungo, si tenteranno i rimedi locali: la puntura lombare, la applicazione sulla colonna vertebrale di coppette secche o di un piccolo vescicante se i reni sono integri, il cloruro d'etile, le iniezioni di salicilato di sodio, di novocaina, di alcool, di fibrolisina all'origine dei nervi intercostali.

Possono recare qualche giovamento le cure fisiche, come bagni di sole, ionizzazione con nitrato di aconitina, la diatermia, la radioterapia, le cure termali. Per i pazienti che hanno dolori intollerabili e passano la vita in un martirio, sono stati consigliati diversi interventi chirurgici allo scopo di agire sul centro gangliare, tutte operazioni che per essere efficaci devono tagliare parecchie radici; si sono avuti, oltre a dei casi di morte, degli insuccessi, ciò che prova che le lesioni non si trovano solo in corrispondenza del solo ganglio, ma alle corna posteriori e nel sistema simpatico endomidollare. *fil.*

Trattamento della diatesi essudativa nei bambini.

Terapia alimentare. È la più difficile nei bambini piccoli, poichè il poppante con diatesi essudativa è trofolabile, ossia più sensibile che il sano alle possibili azioni dannose degli alimenti; nemmeno il seno materno protegge dalle manifestazioni della diatesi. Particolare riguardo bisogna avere nell'alimentazione artificiale; molti essudativi hanno una speciale suscettibilità verso il latte di vacca, tanto più verso il grasso; non si deve quindi oltrepassare nella quantità totale di latte il decimo del peso corporeo e fare uso possibilmente di un latte magro. Meglio tollerati sono gli idrati di carbonio, che però vanno dosati accuratamente, in modo speciale lo zucchero. Non si deve cercare di raggiungere un forte aumento di peso, ma basta un aumento medio. Al più presto possibile, verso il settimo mese, si limiterà la quantità di latte, in modo da non oltrepassare i 400 g. giornalieri nell'ultimo quadrimestre del primo anno, i 200-300 nel secondo anno; nei casi gravi tali quantità vanno anche ridotte. Si daranno pappe di semolino al latte, di legumi, di patate, frutta, più tardi carne, pane al burro. Il numero dei pasti sarà di quattro al giorno nel 2° anno e tre nei bambini che aumentano rapidamente di peso; nei grandicelli si eviterà la dieta che tende a dare ingrassamento e si limiteranno anche le bevande.

Terapia delle manifestazioni locali. È inefficace se non è accompagnata da un'adatta nutrizione. P. Karger (*Die Therapie an die Berliner Kliniken*) osserva che gli eczemi del viso e del capo vanno trattati in modo da lasciarli il più che possibile asciutti, quindi non si userà nè acqua nè sapone; si eviterà ogni sporcizia ed il grattamento. I punti umidi si spennelleranno una volta al giorno con nitrato d'argento al tre per cento e si copriranno poi con polvere o con pasta di zinco; negli eczemi molto umidi o crostosi, si rammolliranno dapprima le croste con olio o vaselina; invece della pasta di zinco si può usare l'unguento al pellidolo; si evitino le medicazioni occlusive o l'applicazione di paste sopra superfici troppo estese, per il pericolo di ritenzione (misurare la temperatura!).

Ottenuto l'essiccamento si applicherà un unguento con: Balsamo del Perù g. 1; Borace g. 5; Talco g. 20; Vaselina e Lanolina ana g. q. b. per 100. Nell'eczema generalizzato usare le polveri e tenere il bambino su crusca di frumento; se vi sono croste, applicazione di ossido di zinco g. 60 in olio di oliva g. 40. Nella crosta lattea si ottengono buoni risultati con le inalazioni di nitrito d'amile, incominciando con 3 gocce per non più di 10 secondi, fino a che il bambino diventa rosso; segue uno stadio di pallore (combattere l'eventuale collasso con l'adrenalina) ed aumentare man mano la dose; è bene non fare il trattamento in presenza dei genitori. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Vecchie teorie e nuovi fatti sulla tetania paratireopriva.

Attualmente le tre principali teorie sono:

1) che le paratiroidi regolano il metabolismo della guanidina, e quindi il tono muscolare;

2) che esse regolano il metabolismo del calcio;

3) che influiscono sull'equilibrio acidi-basi del corpo, onde l'estirpazione produce alcalosi. Secondo alcuni regolerebbero anche il metabolismo dello zucchero.

Dragstedt ha osservato che dei cani completamente paratiroidectomizzati possono vivere almeno un anno, se si aggiungono alle loro diete forti quantità di lattosio. Questo regime sopprime completamente la proteolisi batterica nell'intestino, e la conseguente pro-

duzione di veleni intestinali. Ciò fa pensare che la tetania paratireopriva sia di natura tossica, e che le paratiroidi non secernano un ormone necessario alla vita, ma servano a neutralizzare i prodotti tossici aminici intestinali. Poco a poco i cani possono adattarsi ad una dieta simile alla consueta: e secondo Dragstedt la funzione disintossicante vicaria sarebbe assunta dal fegato.

Luckardt ha veduto mancare la tetania paratireopriva, e perdurare i cani in vita, anche a dieta carnea, mercè la somministrazione orale di lattato di calcio: questo può sospendersi senza danno dopo qualche tempo.

Se si presenta poi tetania, ad es. in seguito ad abbondante ingestione di carne poco buona, od altri alimenti putridi, essa cede a nuove somministrazioni di lattato di calcio.

Secondo Salvasen la dieta carnea impoverisce l'organismo di sali di calcio, e la dieta lattea lo arricchisce, donde probabilmente la sua innocuità nei cani privi di paratiroidi.

In questi animali l'eliminazione intestinale del calcio è cresciuta, e tutti i tessuti ne vengono impoveriti, non i soli muscoli.

Per conciliare i fatti osservati da Dragstedt con quelli osservati da Luckardt si può pensare che la perdita di calcio renda più permeabile l'intestino e le varie cellule ai veleni d'origine intestinale.

(*The journal of A. M. A.*, 17 marzo 1923).

DORIA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla contagiosità della rabbia. — Al dott. D. A. F. da T.:

Il virus rabico non si trova nella saliva dei cani candidati alla rabbia durante la maggior parte del periodo d'incubazione.

L'eliminazione salivare precede tuttavia di qualche giorno la comparsa dei sintomi premonitori, e si ritiene ormai da tutti che sia prudente di considerare pericolose, agli effetti della rabbia, tutte le morsicature inferte nei 10 giorni che precedono l'esplosione della rabbia.

Per questa ragione in pratica, allorquando una persona è morsicata da un animale che non presenta sintomi, è indicato di porre in osservazione l'animale morsicatore per 10 giorni; se in questo periodo di tempo l'animale rimane in perfetta salute, si può escludere che la morsicatura possa avere innestato la rabbia, ancorchè il cane abbia la malattia in incubazione.

Alcuni Istituti Antirabici adottano un periodo di osservazione di 15 giorni invece che di 10 perchè nella letteratura medica esistono casi eccezionalissimi di rabbia trasmessa 12-14 giorni avanti l'esplosione clinica della malattia. Ma queste sono delle condizioni di estrema rarità, e forse anche suscettibili di critica, tanto da non avere una molto grande importanza nella pratica.

V. PUNTONI.

Al dott. A. Candela, Arcevia:

« L'Avvenire Sanitario », si pubblica a Milano, Corso Porta Nuova, 34.

VARIA

Un paio di lenti nell'addome.

Tra i corpi estranei smarriti nel cavo addominale degli operati, di cui White ha raccolto una casistica nel *British Med. Journal* (febbr. 1923), figura un paio di lenti legate in oro, dimenticate dal chirurgo, il quale non era poi riuscito a ritrovarle...

Tra gli altri corpi estranei penetrati nel cavo addominale è fatta menzione di un portapenne, introdotto in vagina e che aveva attraversato il corpo uterino ed era andato a impigliarsi nell'epiploon, che lo aveva incapsulato.

In 4 casi ebbe luogo l'eliminazione spontanea attraverso il retto; in 2 casi l'eliminazione in vescica.

a. p.

Un termometro nel duodeno.

Un demente a Zurigo ha ingoiato un termometro intero a massima.

Fatta la estirpazione laparotomica dello strumento si constatò che la temperatura massima raggiunta era stata di centigradi 41.5.

La cifra è evidentemente troppo elevata e il dott. Preis che illustra il caso la mette in rapporto con bevande calde ingoiate dal paziente.

Le esperienze di Ito dimostrano infatti che tra la temperatura rettale e quella duodenale vi è una differenza massima di 0.7 cent.

(Da *Pathologica*, 15 gennaio 1923).

Un topo in una tazza di birra.

A Clui (Romania) due mercanti trovarono un topo morto in fondo ad una tazza della birra che avevano bevuto e chiamarono in giudizio il birraio chiedendo un indennizzo di 100,000 lei per danni e interessi in quanto che, in conseguenza del disgusto provato, non poterono svolgere regolarmente i loro affari. Il birraio, naturalmente, eccepì il caso di forza maggiore ma il tribunale presa visione degli atti e delle perizie, condannò quel disgraziato a pagare 25,000 lei di indennità ai mercanti e 5000 lei di multa, oltre le spese. (*Lancet*, 3 febbraio, pag. 251).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Il testo del decreto per la revisione degli organici degli impiegati degli enti locali.

La Gazzetta Ufficiale *n.* 133, *del* 7 *giugno, pubblica il testo del decreto* 27 *maggio* 1923, *n.* 1177, *che stabilisce la revisione dei regolamenti organici e degli stipendi degli impiegati degli enti locali.*

Già ne demmo notizia preventiva, sulla base di comunicazioni ufficiali, segnalandone la gravità, gli scopi e i limiti.

Alcune disposizioni del decreto non corrispondono esattamente alle prime indicazioni: per es., il potere di sostituzione al Comune, nel caso di inadempimento, è stato opportunamente attribuito al Prefetto, sentito il parere dell'Intendente di Finanza, e non all'Intendente come si era detto in primo tempo. Ma possiamo confermare l'apprezzamento d'insieme già espresso.

L'applicazione pratica di questo decreto sarà difficilissima, per la delicatezza stessa dei poteri discrezionali che esso attribuisce e della materia che ne è regolata, e anche per la forma e il contenuto delle disposizioni. Infatti, con norme uniformi, sono previsti e disciplinati rapporti e situazioni essenzialmente diversi e distinti, che non è possibile ricondurre o ridurre entro lo stesso sistema, e sono estesi agli enti locali criteri e condizioni di preferenza e di dispensa dal servizio che è difficile e in parte impossibile adattare agli ordinamenti comunali, essendo stati stabiliti dai relativi decreti in relazione alla organizzazione burocratica dello Stato.

È necessaria, dunque, la più viva sensibilità dei limiti necessari, *per evitare esorbitanze e deviazioni che potrebbero offendere diritti quesiti e le esigenze stesse dell'assistenza sanitaria.*

Pubblicheremo, nel prossimo fascicolo, un commento sistematico delle varie disposizioni, che ora riportiamo integralmente.

Art. 1. — Entro due mesi dalla pubblicazione del presente decreto le Amministrazioni delle Provincie, dei Comuni e delle Istituzioni pubbliche di beneficenza, dovranno procedere alla revisione delle tabelle e dei regolamenti organici del personale allo scopo di:

a) ridurre il numero dei posti ed il personale, comunque nominato ed inquadrato, compreso il personale sanitario ed i maestri elementari per i Comuni che abbiano conservato la diretta amministrazione delle scuole, nonchè gli stipendi, i salari e gli assegni di qualsiasi specie, in relazione alle condizioni finanziarie dell'Ente, alle esigenze dei servizi ed alla importanza delle attribuzioni affidate al personale stesso;

b) riformare le norme relative al trattamento di riposo per ridurre questo nei limiti stabiliti per gli impiegati governativi, intendendosi annullati, anche per le istituzioni pubbliche di beneficenza, i regolamenti posteriori all'entrata in vigore del R. decreto 19 settembre 1899, n. 394, nelle parti che contravvengono al divieto fatto dall'art. 65, lettera *D*, del decreto stesso (ora art. 91, lettera *G*, del regolamento approvato con R. decreto 12 febbraio 1911, n. 297).

Art. 2. — Nello stesso termine le Amministrazioni anzidette dovranno procedere alle dispense dal servizio del personale avventizio e di quello regolarmente nominato a posti di ruolo, che si trovi tuttora nel periodo di prova, e indi di quello che ha conseguito la stabilità, quando il personale medesimo, in seguito alla revisione di cui sopra, risulti in eccedenza al numero dei posti fissato dalle nuove tabelle organiche. Per tali dispense si osserveranno, in quanto siano applicabili, le norme stabilite negli articoli 1, 2, 3 e 4 del R. decreto 25 gennaio 1923, n. 87, e le persone appartenenti alle categorie indicate nell'articolo 3 del R. decreto 28 gennaio 1923, n. 153, saranno preferite per il mantenimento in servizio, salvo le eccezioni nell'articolo stesso previste.

L'applicazione delle norme precedenti avrà luogo nonostante qualsiasi contraria disposizione di legge, di regolamenti generali o speciali o di capitolati.

Nel caso di inadempimento da parte delle dette Amministrazioni, si sostituirà ad esse il prefetto, il quale, sentito l'intendente di finanza, dovrà compiere la revisione di cui trattasi e disporre le relative dispense entro tre mesi dalla scadenza del termine indicato nel primo comma.

Art. 3. — Gli impiegati, agenti e salariati, dispensati dal servizio a termini dell'articolo precedente, saranno ammessi a liquidare la pensione od indennità loro spettante a termini di legge, o dei regolamenti organici, fermo il disposto della lettera *B* dell'art. 1. Sarà inoltre corrisposta loro, a carico dell'Ente, una indennità la cui misura sarà fissata dalle rispettive Amministrazioni, ma che non potrà in nessun caso essere superiore a sei nè inferiore a due mensilità dell'ultimo stipendio.

Art. 4. — Contro i provvedimenti di cui al presente decreto è ammesso ricorso soltanto per legittimità alla IV sezione del Consiglio di Stato od in via straordinaria al Re, esclusa qualsiasi azione giudiziaria.

Art. 5. — Il presente decreto andrà in vigore dalla data della sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale*.

Nuove disposizioni per gli onorari dei periti in materia penale e civile.

La Gazzetta Ufficiale *n.* 119 *pubblica il testo del Regio decreto* 3 *maggio* 1923, *n.* 1043, *che stabilisce, in forza dei poteri straordinari conferiti al Governo, le competenze dovute ai testimoni, periti, giurati, ecc.*

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, consulente legale del nostro periodico.

Riportiamo gli articoli che si riferiscono agli onorari e alle vacazioni dei periti, avvertendo che le nuove disposizioni, non prevedute, riducono notevolmente la misura delle competenze che erano state stabilite con la legge 20 luglio 1922 n. 999, ora espressamente abrogata:

(Gli art. 1 a 6 riguardano i testimoni).

Art. 7. — Gli onorari e le vacazioni dei periti per le operazioni che occorressero a richiesta dell'autorità giudiziaria nei casi previsti dal Codice di procedura penale saranno regolati nel modo stabilito negli articoli precedenti.

Art. 8. — Ciascun medico e chirurgo riceverà:

1) per ogni visita e relazione, compresa la prima medicazione, ove occorra, l'onorario di L. 6;

2) per le sezioni di cadaveri non inumati, l'onorario di L. 40 e per le sezioni di cadaveri esumati l'onorario di L. 80, compresi in ambo i casi il verbale di autopsia, la relazione sui risultati della autopsia stessa e l'esame degli atti processuali e le ricerche dottrinali o di altro carattere che al perito occorressero per rispondere ai quesiti proposti, rimanendo escluse le sole ricerche di laboratorio.

Per qualsiasi altra operazione peritale, come pure in tutti i casi nei quali i medici e i chirurghi saranno chiamati dall'autorità giudiziaria per chiarimenti ed assisteranno ai pubblici dibattimenti all'oggetto di raccogliere, dagli interrogatori degli imputati e dalle indicazioni dei testimoni, nuovi elementi per rispondere a quesiti su punti non rilevati dall'istruzione preparatoria e dare contemporaneamente schiarimenti sulle precedenti relazioni, sarà dovuta una retribuzione di vacazione in proporzione del tempo impiegato. La prima vacazione sarà di L. 10, ciascuna delle successive, di L. 6.

Uguale diritto sarà pure dovuto ai medici e chirurghi i quali verranno chiamati per assistere ai dibattimenti al fine di dare il loro giudizio sullo stato di mente degli imputati, o su qualsiasi altra circostanza necessaria alla discussione della causa, comprese in tale diritto le relazioni che dovessero fare sia verbalmente che per iscritto.

Art. 9. — Le vacazioni di cui è cenno nell'articolo precedente e nei successivi sono di due ore, e nel calcolo delle medesime non sarà mai computato il tempo impiegato nell'andata e nel ritorno.

Il diritto di vacazione non si divide che per metà; trascorsa un'ora ed un quarto sarà dovuto il diritto intiero.

Per ogni giornata ciascun perito non potrà ricevere più di quattro vacazioni, neppure per operazioni che si riferiscono ad incarichi diversi. Questa limitazione non si applica agli incarichi che vengono espletati alla presenza dell'autorità giudiziaria, pei quali si farà risultare dagli atti e dal verbale di udienza il numero delle vacazioni.

Art. 10. — I periti dovranno presentare una nota specificata delle somministrazioni che avranno fatto; e se dovessero valersi dell'opera di facchini o di mercenari, il compenso di questi sarà pagato secondo gli usi locali, dopo che le autorità giudiziarie si saranno accertate della necessità e della durata di tale aiuto.

Questa nota dovrà contenere la indicazione di valore, di quantità e peso degli oggetti impiegati e dovrà essere munita del visto dell'autorità giudiziaria, incaricata della istruttoria delle cause e della esecuzione del relativo incombente, la quale dovrà respingere le spese non necessarie e quindi inserirla negli atti processuali.

Ove alle operazioni che motivano tali spese sia intervenuto il pubblico ministero, il detto visto sarà da lui apposto con lo stesso obbligo di cui sopra.

L'importo delle somministrazioni occorrenti per le autopsie non potrà eccedere le L. 30 salvo, nei congrui casi, l'applicazione dell'art. 109 della tariffa penale.

Art. 11. — Ai veterinari che fossero chiamati tanto per dare il loro giudizio nella istruzione per iscritto quanto ai pubblici dibattimenti saranno accordati i quattro quinti degli onorari e delle vacazioni spettanti ai medici e chirurghi.

Alle levatrici, nei casi in cui prestano la loro opera in mancanza di medici e chirurghi, spettano i tre quinti dei diritti assegnati ai medesimi.

Nel resto sarà ad essi applicabile il disposto dell'articolo precedente.

Art. 12. — Per la liquidazione degli onorari spettanti ai professionisti laureati, professori di chimica e di altre scienze, architetti, ingegneri e notai si applicano le norme contenute negli articoli 8 e 9.

Art. 13. — Ai professionisti diplomati, ragionieri, geometri, agronomi, saggiatori di oro e di argento, farmacisti non laureati, calligrafi, ecc., il compenso è dovuto in ragione di lire 8 per la prima vacazione, compresa la relazione, e di L. 4 per ciascuna delle vacazioni successive.

Ai fini del precedente comma sono equiparati ai professionisti diplomati coloro che, pur essendo sforniti di diploma, ottennero in virtù di speciale disposizione di legge la iscrizione nei relativi albi a tutti gli effetti legali.

Art. 14. — Agli altri periti, operai, coltivatori ed altre persone non laureate, nè diplomate, il compenso è dovuto in ragione di L. 5 per la prima vacazione, compresa la relazione, e di L. 3 per ciascuna delle vacazioni successive.

(Gli art. 15 e 16 riguardano interpetri e traduttori).

Art. 17. — Allorquando i periti indicati negli articoli 8 a 12 saranno obbligati a trasferirsi alla distanza di più di due chilometri e mezzo dalla loro residenza, oltre gli onorari ed i diritti di vacazione, avranno diritto al rimborso delle spese di viaggio in prima classe sulle ferrovie, sui piroscafi, sulle linee di automobili e sugli altri veicoli a trazione meccanica destinati in modo periodico e regolare al pubblico servizio, se potranno servirsi dei medesimi, con l'aumento dei due decimi e, negli altri casi, a lire una per chilometro sulle vie ordinarie, nonchè alla indennità di lire 15 al giorno.

I periti indicati nell'art. 13, gli interpreti ed i traduttori, nel caso predetto, avranno diritto al rimborso delle spese di viaggio in seconda classe sulle ferrovie, sulle linee di automobili e sugli altri veicoli a trazione meccanica destinati in modo periodico e regolare al pubblico servizio, se potranno servirsi dei medesimi, e in prima classe sui piroscafi, sempre con l'aumento di due decimi, ed a centesimi 75 per chilometro sulle vie ordinarie, nonchè alla indennità di lire 10 al giorno.

Quelli menzionati nell'art. 14 avranno diritto invece al rimborso delle spese di viaggio in terza classe sulle ferrovie, sulle linee di automobili e

sugli altri veicoli a trazione meccanica destinati in modo periodico e regolare al pubblico servizio, se potranno servirsi dei medesimi, e in seconda sui piroscafi, sempre con l'aumento di due decimi, ed a centesimi sessanta sulle vie ordinarie; nonchè alla indennità di lire otto al giorno.

(Gli art. 18 a 21 riguardano magistrati, cancellieri, giurati, ecc.).

Art. 22. — Il pagamento delle indennità ai testimoni e periti di cui è cenno nei capi I, II e IX del titolo I della tariffa penale con le modificazioni portate dal presente decreto, sia che vengano prodotti dalla parte civile, dal pubblico ministero o dalla difesa, o siano stati chiamati di ufficio ai dibattimenti innanzi alle Corti od ai tribunali, sarà fatta su tassa del presidente, che avrà diretto i dibattimenti medesimi.

In ogni altro caso, sarà fatto su tassa dei membri della sezione di accusa, dei giudici istruttori, e dei pretori sia che procedono d'ufficio alle informazioni o perizie, sia che loro ne sia stata affidata la istruzione.

Nei casi previsti dagli articoli 278 e 285 del Codice di procedura penale, il pagamento delle spese di giustizia sarà ordinato dal funzionario del pubblico ministero o che avrà assunto gli atti.

(L'art. 23 riguarda i magistrati e cancellieri).

Art. 24. — Il diritto agli onorari e alle indennità stabiliti negli articoli precedenti si prescrive quando siano trascorsi cento giorni dalla data degli atti o dal compimento delle operazioni per cui sono dovuti.

Si prescrivono altresì i mandati relativi di pagamento quando non siano stati presentati per la riscossione entro cento giorni dalla data di essi.

Sono eccettuate da queste disposizioni le tasse per indennità di trasferta dovuta ai funzionari dell'ordine giudiziario ed ai periti, per le quali il termine utile per la richiesta del mandato al competente ufficio pagatore sarà di giorni duecento, rispettivamente dal compimento delle operazioni o dalla data del mandato.

Art. 25. — I prefetti, quando non sia già redatto, faranno stendere dagli ingegneri provinciali uno stato delle distanze che separano ciascun Comune dal capoluogo del mandamento e da quelli ove hanno sede il tribunale e la Corte di appello, calcolando la misura delle distanze stesse dalla periferia dell'abitato di ciascun Comune.

Per il calcolo delle indennità di trasferta, non si tiene conto della distanza tra la sede dell'ufficio giudiziario e la periferia dell'abitato, se non nei casi espressamente stabiliti dalle leggi e dai regolamenti.

Qualora non risultino dallo stato poliometrico, le distanze dovranno essere comprovate con certificati dell'autorità competente.

Art. 26. — La liquidazione degli onorari dei periti, delle spese per somministrazioni e delle altre indennità loro spettanti, quando debba farsi dal consigliere delegato o dal giudice istruttore, come anche nei casi preveduti dagli articoli 368 e 399 del Codice di procedura penale, è preceduta dalla richiesta del pubblico ministero, il quale terrà conto della durata ed importanza delle operazioni e di tutti gli altri elementi relativi alla liquidazione stessa.

Tale richiesta è sostituita dal visto del procuratore del Re se la liquidazione sia fatta dal pretore.

Queste norme non si applicano alla liquidazione per somma non superiore a lire dieci.

Le liquidazioni per somma superiore a lire trecento debbono in ogni caso essere sottoposte al visto del procuratore generale presso la Corte di appello o dell'avvocato generale presso la sezione di Corte di appello.

Le appellazioni contro le ordinanze possono essere proposte dai periti e dal pubblico ministero e sono decise, nel caso menzionato dall'art. 214 del Cod. di proc. pen., dal giudice istruttore, se l'ordinanza sia pronunziata dal pretore, e dalla sezione di accusa se l'ordinanza sia pronunziata dal giudice istruttore o dal consigliere delegato; nei casi preveduti negli art. 368 capoverso e 399 stesso Codice sono decise, in Camera di consiglio, dal tribunale penale o dalla sezione degli appelli penali se la ordinanza sia rispettivamente pronunziata dal pretore o dal presidente.

Art. 27. — Ai magistrati e ai funzionari di cancelleria per le trasferte in materia civile, ai periti, agli interpreti, ai traduttori, per le operazioni ordinate dall'autorità giudiziaria in detta materia, nonchè ai depositari di documenti che dovranno nei giudizi nella stessa materia trasferirsi avanti l'autorità giudiziaria, saranno rispettivamente applicate, quanto agli onorari ed alle indennità, le disposizioni stabilite dal presente decreto per la materia penale.

Con le stesse norme saranno liquidate le indennità ai testimoni chiamati a deporre nelle cause civili, purchè essi ne facciano domanda alla fine della deposizione.

(Gli art. 28 a 30 riguardano le parti e i testimoni).

Art. 31. — Sono abrogati: gli articoli 7, comma primo, 8, 9, 13, comma primo, 14, 15, 16, commi primo, secondo, terzo, quarto e quinto, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, comma primo, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 48, 115, n. 2, 116, 120, 121, 137 e 149 del R. decreto 23 dicembre 1865, n. 2701, che approva la tariffa in materia penale; i numeri 378, 379, 380, 381, 382, 383, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395 e 396 del R. decreto 23 dicembre 1865, n. 2700, che approva la tariffa per gli atti giudiziari in materia civile; la legge 20 luglio 1922, n. 995 e il R. decreto 15 settembre 1922, n. 1294, nonchè qualsiasi altra disposizione contraria al presente decreto.

QUESTIONI PRATICHE.

XXXVIII. — Licenziamento per soppressione di posto.

Il provvedimento di soppressione di posto con la conseguenza del licenziamento dell'impiegato che lo occupava è per sua natura tale che sacrifica l'interesse privato al pubblico e perciò non basta addurre semplici congetture fondate su animosità di partito per impugnare una deliberazione determinata da ragioni di economia. (Consiglio di Stato, Sezione V, decisione 30 dicembre 1922, n. 324).

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina, 14 - Roma (6).

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per la riforma degli studi di medicina.

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana fra i professori di Odontoiatria e Prostesi dentaria il 5 giugno u. s. ha fatto pervenire a S. E. il Ministro della P. I., a mezzo del Capo del Suo Gabinetto, il seguente voto:

«Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana tra i professori di Odontoiatria e Prostesi dentaria a seguito e complemento del voto presentato il 27 marzo u. s. a V. E. sulla riforma degli studi medici, esprime il desiderio unanime che, qualunque sia l'ordinamento che agli studi stessi sarà per dare nella Sua saggezza l'E. V., vengano accolti i seguenti principii:

1) Che nessuno possa specializzarsi in qualsiasi ramo della medicina senza possedere una coltura medico-chirurgica generale completa;

2) Che alle Scuole o Corsi superiori di Odontoiatria e Prostesi dentaria non si possa accedere che muniti di quegli stessi titoli e requisiti che saranno richiesti per l'ammissione alle Scuole o Corsi superiori delle altre specialità mediche».

Firmati: A. Chiavaro, presidente; A. Beretta, vice-presidente; G. Coen-Cagli, R. D'Alise e A. Piperno, consiglieri.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANTEGNATE (*Bergamo*). — Cons. con Isso; al 30 giugno. Pov. 1200 su 3300 ab. L. 6500 fino a 1000 pov. e 4 quinq. decimo; L. 250 ogni centinaio di pov. in più fino a 2000 e L. 350 (diminuibili) oltre, fino a 4000 (*sic*); due c.-v.; L. 500 uff. san.; lire 2500 trasp.; L. 150 ass.

CERVETERI (*Roma*). — Scad. 10 lug. Per le frazioni. L. 9000 e doppio c.-v., L. 2000 cav.

CORCIANO (*Perugia*). — Per Mantignana; cura piena; L. 21,000 a *forfait* compresi doppio c.-v., mezzo trasp., mese congedo, affitto ambulat., assicuraz. Serv. entro 15 giorni. Scad. 30 giugno.

CREMONA ed Uniti. — 3 cond. rurali; L. 6500 iniziali oltre L. 4500 per 3000 pov., addiz. di L. 0.75; L. 1800 bicicl.; c.-v.; aumenti di L. 3250 in 20 anni; assicur., ecc. Poveri circa 3300; superf. di kmq. 20 per condotta. Divieto di assumere impegni con Ospedali, Istituti e Stabilimenti di quals. natura, se non col permesso dell'Autorità comun. Età lim. 35. Scad. ore 15 del 10 lug. Pratica medica; chiedere annunzio.

DOMODOSSOLA (*Novara*). *Ospedale S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 giugno. Vedi fasc. 21.

FIRENZE. *R. Spedale degli Innocenti.* — Direttore sanitario; stip. base L. 8000; quota variab. L. 3000; L. 1000 al 2° e L. 1000 al 5° anno di servizio, oltre 5 trienni decimo. Età lim. 40 (45 per chi dimostri di aver prest. serv. milit. in zona operazioni). Serv. entro un mese. Alloggio o L. 250 mens. Docum. all'Uff. Segreteria (piazza SS. Annunziata, 9). Scad. ore 17 del 16 luglio. Chiedere annunzio.

GRASSANO (*Potenza*). — Scad. 26 lug. Stip. L. 3000 lorde per 300 poveri, L. 10 ogni povero in più, 1ª indenn. caro-viveri, aumento successivo di 6 quadrienni; età non superiore a 55. Documenti di rito.

GUARDA VENETA (*Rovigo*). — Scad. 30 giu. L. 7200 oltre L. 2500 cav. ovvero L. 1000 bicicl., due c.-v., L. 400 uff. san., alloggio di 7 locali con orto e annessi rustici. Circa 600 pov.

LENOLA (*Caserta*). — Ab. 3175. L. 6000 pei pov. Età lim. 40. Scad. ore 12 del 15 luglio.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Dirigenti, vice-dirigenti e assistenti degli Ambulatori Comunali; vedi fasc. 24. Scad. 30 giugno.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Capoluogo. L. 6000 oltre L. 25 mensili quale uff. san. e L. 120 annue (*sic*) per serv. ambulatorio; addiz. L. 2 oltre 1000 pov.; L. 1000 resid. povera se meno di 300 paganti; L. 1000 cond. disagiata; tre quinq. decimo. Scad. 40 giorni dal 23 maggio. Età lim. 35. (A parziale rettifica dell'annunzio pubblicato nel fasc. 24).

MONTEGIBERTO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 30 giugno. L. 5500 resid., L. 1000 per 1000 pov., L. 4500 abbienti, L. 500 uff. san.

MOSSANO (*Vicenza*). — Scad. 30 giu. L. 6000 oltre L. 1000 per 1000 pov., L. 400 uff. san., due c.-v. da fissare; indenn. trasp. da fissare. Serv. entro 20 giorni.

NIGOLINE (*Brescia*). — Consor. 3 Comuni; chilometri quadr. 10. A tutto 30 giu. L. 7000, senza obbl. cavallo; L. 1000 trasp.; L. 300 uff. san.; c.-v. Ab. 2065; pov. 150 circa. Classificazioni negli esami finali.

ORVIETO (*Perugia*). — A tutto 30 lug. una delle due cond.; L. 6000 e doppio c.-v., L. 1000 resid. pov., L. 2000 serv. ospedaliero a turno. Età lim. 35. Serv. entro 20 giorni.

PALMANOVA (*Udine*). — Con S. Giorgio di Nogaro. Scad. 30 giu. L. 7500 fino a 1500 pov., addiz. L. 1 fino a 3000 (*sic*); obbligo di tenere sempre il cavallo a disposizione; 3 quinquenni; c.-v. Pov. circa 800 su 2600 ab.

PESCOSOLIDO (*Caserta*). — 2ª cond.; ab. 2326; lire 6000 e L. 1800 indenn. vettura o cavalcat. qualora effettivamente mantenuta, 1° c.-v., *chalet* per abitazione restando a carico la spesa di manutenz. Chied. annunzio. Scad. un mese dal 16 giu.

RACCALANA (*Udine*). — Scad. 30 giu. L. 7500 e 3 quinq., 2 c.-v., L. 3000 se cavallo, L. 1000 altro mezzo; L. 500 uff. san.; pov. 70 su 1569 abitanti.

ROMA. *Ministero della Marina.* — 24 tenenti medici S. A. P. Scad. 1 ag. Vedi fasc. 20.

ROSSANO (*Cosenza*). — 2ª cond.; scad. ore 14 del 1° lug. L. 5000, un c.-v., L. 75 mens. in sostituz. del 2° c.-v. soppresso; 5 quadrienni decimo. Comune di 14,000 ab. circa.

S. MARIA A MONTE (*Firenze*). — Scad. 30 giugno. L. 6000 e 8 trienni dec.; 2 c.-v.; L. 3000 cavalc. Residenza Capoluogo, 4 chil. ferrovia; aria saluberrima, acqua pot., luce elettr., corriere postale con Pontedera.

S. NICOLA LA STRADA (*Caserta*). — Scad. 30 giugno. Stip. L. 6000 lorde, assistenza soli pov.; au-

mentabili di un decimo per ogni quinquennio; una indenn. caro-viv. Età limite 40 anni.

SEGUSINO (*Treviso*). — Cons. con Vas. Scad. 30 giu. L. 9000 e 5 quinq. decimo, un c.-v., L. 2500 trasp., L. 600 uff. san., addiz. L. 1.50 oltre i 1500 (*sic*) pov.

SORANO (*Grosseto*). — Scad. 4 lug. Due cond.; L. 13,000 ciascuna oltre c.-v. di L. 100 per ammogliati, L. 65 per celibi.

TERAMO. *Congregazione di Carità*. — Direttore del Manicomio. Scad. ore 12 del 30 giu. L. 12,000 lorde e 4 sessenni; c.-v. Iscrizione alla C. P. Età limite 45. Quadriennio in Manicom. o Clin. psichiat. Accettaz. preventiva norme attuali e future. Nomina fra i primi tre classificati. Assunz. servizio entro 1 mese.

TODI (*Perugia*). — Al 30 giu., per 9 frazioni; L. 6000 oltre L. 1000 disag. resid. e disag. servizio; due c.-v.; L. 3600 (variab.) mezzo trasp., assicur. Serv. entro 20 giorni.

Valente medico assumerebbe interinato luglio-agosto preferibilmente località marina. Rivolgersi: Marantonio, via Sistina 149, Roma (6).

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: S. Giorgio in Bosco e Cittadella (Padova).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giovanni Miranda è riconfermato, con voto quasi unanime, Rettore della R. Università di Napoli per il triennio 1923-1926.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Feste Centenarie in onore di Pasteur in Francia.

Fra il 24 maggio e il 1° giugno si sono svolte con grande solennità le onoranze centenarie, organizzate dal Governo francese, dalle Università di Parigi e di Strasburgo e dalle città della Franca Contea, per celebrare il centenario della nascita di Luigi Pasteur.

Le cerimonie di Parigi hanno avuto la loro maggiore espressione il 25 di maggio, nella solenne seduta della Sorbona. In quel giorno si dettero convegno nello storico anfiteatro, sotto la presidenza dello stesso Presidente della Repubblica e in cospetto delle più eminenti personalità della Francia, tutti i delegati e i rappresentanti degli Stati e delle Università di ogni paese civile. Fu un'adunata meravigliosa.

L'omaggio reso alla gloria immortale di Pasteur assunse, perciò, una imponenza indimenticabile. L'on. Sanarelli, delegato dell'Italia e rappresentante delle Università di Roma e di Torino, designato per acclamazione a parlare in nome dei popoli latini d'Europa, pronunciò un discorso che, applaudito quasi ad ogni frase, si chiuse tra le ovazioni della imponente assemblea e segnò forse il più simpatico successo della giornata.

Contemporaneamente allo svolgersi di uno svariato programma di cerimonie e di festeggiamenti in Parigi, si iniziò — all'indomani dal rito solenne compiuto alla Sorbona — il pellegrinaggio del Presidente della Repubblica, nelle città della Franca Contea, nel dipartimento del Giura, che ricordano la luminosa giovinezza di Luigi Pasteur: a Dole, la cittadina natale: ad Arbois, sede della casa paterna; a Lons-le-Saulmier, ove Pasteur fece i primi studi; a Salins, nel cui liceo il grande scienziato insegnò la prima volta, ecc.

In tutte queste città i festeggiamenti assunsero proporzioni di una grandezza senza precedenti. Attraverso le città e i villaggi, pavesati e decorati a profusione, con piante, fiori, ghirlande, archi di trionfo e trofei, il corteo presidenziale veniva accolto fra ovazioni più calorose.

Al seguito del Presidente Millerand, erano i ministri dell'Igiene e dell'Istruzione, senatori e deputati, le più spiccate personalità Accademiche, i più bei nomi dell'esercito e dell'armata e i delegati di tutte le Nazioni amiche ed alleate.

Le cerimonie celebrate a Dole e ad Arbois innanzi ai monumenti eretti a Pasteur, furono di una bellezza indescrivibile, perchè, oltre che da efficaci ovazioni apologetiche, pronunciate dai più illustri rappresentanti dell'alta cultura nazionale, vennero caratterizzate da cortei pittoreschi, che sommergevano sotto una pioggia di fiori le statue di Pasteur, e da scene simboliche di una suggestività commovente.

Anche la visita alla casa familiare di Pasteur, in Arbois, che racchiude inestimabili cimeli del sommo scienziato, fu molto interessante.

A nome e per incarico dei delegati e degli scienziati delle Nazioni alleate ed amiche, prese la parola il rappresentante dell'Italia, prof. Sanarelli, che elevò un inno alla grandezza morale della personalità di Pasteur e alla mondiale ripercussione della sua opera scientifica. Al discorso dell'on. Sanarelli, accolto da fragorosi applausi, rispose il Presidente della Repubblica che, dopo essersi fatto eco dell'apoteosi pronunciata dall'antico allievo di Pasteur, concluse con una vibrante affermazione di amicizia franco-italiana.

«Le calde parole dell'on. Sanarelli — concluse testualmente il Presidente Millerand — hanno ottenuto un'accoglienza che gli dimostra quanto i suoi sentimenti siano condivisi da noi. Gli applausi che hanno accolto le sue parole, attestano quali simpatie rispondano alle sue. La Francia e l'Italia — è forse una banalità il dirlo, ma è una banalità che conviene ripetere spesso — sono due sorelle che nulla può separare! I cimenti comuni sopportati fianco a fianco, hanno stretto per sempre questi legami indissolubili! Così, o Signori, è per me un vero piacere salutare il delegato italiano, dirigendomi allo scienziato ed insieme all'uomo politico che ha tenuto innanzi a noi, in modo così eloquente, l'elogio di Pasteur. Io bevo alla salute dell'on. Sanarelli e, nella sua persona, a tutti i delegati stranieri!».

Alla felice allocuzione del Presidente Millerand seguì una imponente dimostrazione al grido di «viva l'Italia!».

Le feste centenarie pasteuriane hanno, infine, avuto il loro epilogo a Strasburgo ove, il 31 maggio, fu inaugurato, innanzi al Palazzo dell'Università, il monumento elevato a Pasteur per sottoscrizione internazionale.

Il monumento è apparso a tutti di pessimo gusto, di gusto... futurista, come quello di tanti brutti monumenti che sconciano non poche artistiche piazze del nostro bel paese. Infatti si parla già della sua remozione. Ma la cerimonia resultò di una grandiosità imponente. L'elogio di Pasteur venne pronunciato dal Presidente della Repubblica, dal Presidente dell'Istituto di Francia, dal Rettore dell'Università di Strasburgo e dal prof. Bordet di Bruxelles, l'insigne allievo di Pasteur e premio Nöbel.

Come è noto, fu a Strasburgo che Pasteur, studiando i prodotti dell'industria alsaziana, passò dalla cristallografia alla biochimica che doveva indurre così profonde trasformazioni nella nostra esistenza e beneficare così largamente l'umanità.

La serie delle cerimonie centenarie pasteuriane si chiuse, a Strasburgo, con l'inaugurazione del Museo Pasteur, organizzato nell' Istituto d' Igiene dal prof. Borrel, e con l'inaugurazione dell'Esposizione internazionale d'igiene scientifica e industriale. Quest'ultima, per verità, trovasi ancora all'inizio della sua organizzazione.

Un solenne ricevimento ufficiale all'Hôtel de Ville di Strasburgo offerto dalla Municipalità e un altro ricevimento, offerto dal Rettore dell'Università di Strasburgo alle personalità ed ai delegati stranieri, posero fine alla lunga serie di festeggiamenti coi quali il governo e il popolo francese hanno voluto esaltare, innanzi ai rappresentanti di tutto il mondo civile, il più luminoso e benefico genio della stirpe latina!

Az.

NOTIZIE DIVERSE.

XI Congresso Internazionale di Fisiologia.

Si adunerà, sotto la presidenza di sir Edward Sharpey Schafer, a Edimburgo, dal 23 al 27 luglio. Lingue ufficiali sono: l'inglese, il francese, il tedesco e l'italiano.

Ogni membro del Congresso che intende di fare qualche comunicazione deve al più presto spedirne alla Segretaria assistente un sunto dattilografato comprendente non più di 550 parole (circa una pagina e mezzo). Il sunto sarà stampato negli Atti del Congresso, se sarà accettato dal Comitato. È bene specificare, se la comunicazione sarà illustrata con proiezione di diapositive o di film cinematografico; e, in questo secondo caso, se con sistema «Pathéscope» o altro a perforazione ordinaria.

Se un membro desidera di fare una dimostrazione su animale vivente deve nell'inviare il sunto della comunicazione, dichiarare in un foglio a parte: 1) Il suo nome; 2) L'esperimento che si propone di fare; 3) L'animale su cui vuole farlo; 4) Se desidera che l'animale sia fornito dal Comitato; 5) Quali altre cose, inerenti all'esperimento, dovrebbero essere fornite dal Comitato, per es. sostanze chimiche, strumenti; 6) Che anestetico si propone di usare. È necessario che ogni animale, sul quale l'esperimento dovrà essere eseguito, venga — eccetto che sia scerebrato — completamente anestesizzato per tutta la durata dell'esperimento, e ucciso prima che si svegli.

Per coloro che abbiano bisogno di servirsi della corrente elettrica stradale, il Comitato rende noto che a Edimburgo è continua, di 230 volt.

Chi desidera inscriversi è pregato di far conoscere senza indugio il suo nome e l'indirizzo, e di spedire l'ammontare della iscrizione (25 scellini) a miss Dorothy Charlton — Department of Physiology, University, Edimburgh — la quale fornirà informazioni concernenti alberghi ed alloggi privati, concessioni ferroviarie, ed altre notizie occorrenti. La spesa, per la dimora in Edimburgo durante il Congresso, sarà da un minimo di 3 sterline in su, secondo le esigenze dei Congressisti.

Alcuni privati cittadini di Edimburgo hanno offerto ospitalità in casa loro a membri del Congresso. La Segretaria Assistente desidera sapere, al più presto, quali membri sono disposti ad accettare tale ospitalità. È molto opportuno che, specialmente quei membri che saranno accompagnati da signore, esprimano il desiderio di essere ospitati al momento stesso della loro inscrizione.

Ai fabbricanti, ecc., è offerta l'opportunità di esporre apparecchi fisiologici. Per le condizioni e altre informazioni relative, rivolgersi senza indugio alla Segretaria Assistente.

Una conferenza sull'*Insulina* sarà tenuta dal prof. J. J. R. Macleod.

Riunione di medici ferroviari.

In un'assemblea generale tenuta a Roma fu deliberato di assecondare l'opera dell'alto Commissario, di denunziare gli abusi, di fare propaganda di disciplina e di moralità nel personale ferroviario.

Fu incaricato il prof. Blasi della redazione del Bollettino «Il Medico Ferroviario».

L'elezione delle cariche dette i seguenti risultati: presidente: on. dott. Raffaele Paolucci; vice-presidenti: proff. Gennaro Fabiani ed Errico Burci; segretario: dott. Ignazio De Nicola; tesoriere: dott. Guido Farina; consiglieri: prof. Giovanni Condio, dott. Piero Capellini, dott. Carlo Bruni, dott. Tullio Cecchetelli, prof. Vittorio Martini, dott. Carmelo Lucretti, dott. Vittorio Mogliazzi, dott. Cosimo Spadari.

Stazione balneo-climatica dei RR. Istituti Clinici di Perfezionamento a Milano.

Dalla «Società degli amici» della Clinica del Lavoro in Milano è stata offerta in dono un'area su cui potrà sorgere una Stazione balneo-climatica per gli operai dimessi dalla Clinica e per quelli che frequentano l'ambulatorio.

Il prof. Mangiagalli ha accettato di buon grado e così la istituzione diverrà la Stazione balneo-climatica dei RR. Istituti Clinici di perfezionamento.

Al I Congresso Nazionale della Confederazione Mutualità e assicurazioni sociali.

Nella seduta del 6 giugno del 1° Congresso Nazionale delle Mutualità e delle Assicurazioni Sociali, il direttore prof. Ettore Levi ha svolto una breve conferenza, illustrando la necessità che le Mutualità, i Sindacati e le Confederazioni dei Datori di Lavoro e dei Lavoratori si interessino ai problemi della medicina preventiva. Il prof. Levi ha infine riassunto le attività finora realizzate dall'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, nonchè i fini che l'Istituto stesso si propone raggiungere, fidando appunto nella cooperazione delle Confederazioni operaie e padronali.

Su proposta del comm. Giannitelli, segretario generale della Confederazione Italiana dei Lavoratori, il Congresso ha votato il seguente ordine del giorno:

il Congresso;

a seguito della comunicazione fatta dal prof. Ettore Levi sull'opera di prevenzione per la salute umana;

plaude alla fervida attività scientifica e pratica dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, raccomandandolo all'attenzione di quanti, istituzioni e persone, si propongono o hanno a cuore l'opera di profilassi delle malattie sociali.

L'Università di Pavia sarà conservata.

Il Presidente del Consiglio ha ricevuto il 14 giugno il prof. Belloni e il cav. Torrusio del Consiglio comunale di Milano e il capitano Bisi, consigliere provinciale di Pavia, coi quali si è intrattenuto sulla situazione politica e amministrativa di Milano e di Pavia.

Ha appreso con compiacimento che la città e la provincia di Pavia hanno deliberato un contributo annuo di L. 500 mila per permettere il regolare funzionamento di quella Università ed ha assicurato essere sua volontà che l'Università di Pavia sia conservata con tutto il suo glorioso passato culturale e storico, quale Ateneo delle provincie lombarde.

L'ultima lezione del prof. Pagliani.

Innanzi ad una numerosa schiera di studenti e di medici l'insigne igienista di Torino ha chiuso la sua fruttuosa carriera di Maestro. Egli tenne una lezione consueta, in cui espose la tecnica ospedaliera, illustrando il progetto d'Ospedale municipale redatto dagli ingegneri Bongiovanni e Molino, e rievocò i progressi igienici compiuti dall'Italia, incitando i futuri medici ad operare perchè venga consolidato il frutto di tanto lavoro. Le sue parole furono più volte coronate da applausi. Parlarono poi il prof. Sangiorgi, lo studente Ferria, il prof. Abba. Fu spedito dai presenti un telegramma al capo del Governo, che mandò la sua adesione al plauso verso l'illustre scienziato, maestro e cittadino che ha tanto contribuito al miglioramento igienico e alla prima organizzazione sanitaria del nostro Paese.

Il dispensario antitubercolare di Varese.

Durante il terzo anno di vita di questo dispensario — diretto con sagacia dall'illustre prof. Riva-Rocci — vennero visitati circa 1300 soggetti, di cui 612 riconosciuti tubercolotici; il dispensario venne frequentato da 185 malati, in cui furono praticate 532 visite ed eseguite 3349 iniezioni, in massima parte con liquido iodoformico Calot, in parte con siero degl'infermi (autosieroterapia), ecc.; furono eseguiti parecchie centinaia di esami di laboratorio, esperite inchieste famigliari, ecc.; si è anche iniziata la vaccinazione preventiva alla Maragliano. Nella sezione ospedaliera per tubercolotici furono ricoverati 50 malati.

Commemorazione di Pasteur a Napoli.

Nell'Aula magna dell'Università di Napoli è stato solennemente commemorato Luigi Pasteur dal prof. Dante De Blasi, ordinario di Igiene, che tratteggiò la figura scientifica del grande biologo.

Medici assolti.

I dottori Pellini e Pegnetti, che erano stati condannati dal Tribunale di Torino a nove e sei mesi di carcere per l'internamento arbitrario di una signora in un manicomio, sono stati assolti da quella Corte d'appello, per inesistenza di reato.

Incerti professionali.

Il dott. comm. Arnaldo Lusignoli, di Roma, è stato aggredito da un paziente tubercolotico, che ha esploso contro l'illustre sanitario quattro colpi di rivoltella, lasciandolo fortunatamente incolume.

Il dott. A. Pais, di Roma, è stato investito nel suo laboratorio elettrologico da una corrente elettrica ad alto potenziale, che lo ha lanciato a terra, producendogli ustioni e contusioni, e che lo ha invalidato per alcuni giorni.

Un grave scandalo professionale in Francia.

Un grave scandalo è scoppiato a Marsiglia. Un gruppo di medici e farmacisti avevano ritirato dai mutilati migliaia di libretti su i quali si segnano le visite mediche e le ricette, che poi sono rimborsate dallo Stato. Ai titolari dei libretti veniva corrisposto per la cessione qualche compenso consistente in generi alimentari, liquori, profumi, ed intanto medici e farmacisti percepivano dallo Stato per pretese visite e inesistente consumo di medicinali somme ingenti. Pare che con tale sistema sono stati truffati all'erario 22 milioni di franchi.

Sono stati arrestati dodici farmacisti e dieci medici, tra i quali un professore della Scuola di Medicina e due assessori del Municipio di Marsiglia.

La stampa medica francese sostiene che tali scandali non avverrebbero se in Francia esistessero gli Ordini dei Medici.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Ac. Méd., 27 feb. — E. DOUMER. Il drenaggio osmotico in terapia.

Paris Méd., 10 mar. — A. BESSON e G. EHRINGER. Il *Bacillus proteus*. — HERVÉ e ROUSSEL. Il piotorace consecutivo a pneumotorace terapeutico.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 11 mar. — M. POISSONNIER. La scoliosi congenita.

British Med. Journ., 10 mar. — W. MOTT. Psicologia e medicina. — H. T. ASHBY. La nefrite nell'infanzia. — D. CAMPBELL. Medicazione ionica.

Lavoro, 28 feb. — L. PRETI. Fatica e lesione dei muscoli papillari del cuore.

Journal A. M. A., 10 feb. — J. W. JOBLING e L. ARNOLD. Eziologia della pellagra. — L. E. DAVIS. Lesioni dell'area paratrigemica.

Riforma Med., 12 mar. — N. PARISE. Moniliasi simulatrice di tbc. polmonare.

Wien. Klin. Wochens., 8 mar. — E. REDLICH. La metalue. — H. LORENZ. Morte da asparagi.

Mediz. Klinik, 11 mar. — W. SIGWART. L'infezione puerperale e suo trattamento. — R. TERBRÜGGEN. Azione del fumo di tabacco sulla gola.

Giorn. d. Med. Prat., feb. — U. ARCANGELI. Sull'osteomalacia.

Boston Med. a. Surg. Journ., 22 feb. — J. C. BLOODGOROD. Il cancro come malattia prevenibile.

La Nipiologia, 3-4. — L. LOSTE. Concetto della nipiologia. — R. EYZAGUIRRE. Puericoltura o nipiotenica? — B. SORIA. Diadesi neuropatica e turbe digerenti. — U. M. ARMAND. La profilassi del xeonato a Montevideo.

Archivi.

Ann. di Med. Nav. e Col., gen-feb. — E. TROCELLO. Azione del cianuro di rame e potassio nella tbc. della cavia.

Arch. de Med., Cir. y Esper., 10 mar. — A. ARCINIEGA. L'influenza, pasteurellosi umana.

L'Encéphale, mar. — G. MARINESCO e A. RADOVICI. Idiozia amaurotica e rigidezza decerebrale.

Americ. Journ. Obst. a. Gyn., feb. — F. B. TURK. La reazione patologica agli estratti di tessuti liberati in gravidanza. — B. TYLER e F. P. UNDERHILL. Mestruazione e concentrazione del sangue. — L. B. AREY. Causa della gravidanza tubarica.

Arch. di Antrop. Crim., ecc., nov.-dic. — A. BUSCEMI GRIMALDI. L'anafilassi da estratti eritrocitici. — P. MINO. Malattie ereditarie e loro etiologia. — R. ROMANESE e M. GOZZANO. L'intelligenza nei minorenni delinquenti.

Arch. Radiology, ecc., feb. — W. STEWART. Radiografia della tisi dei minatori.

Ann. di Neurol., V-VI. — E. ROSSI. Indebolimento mentale e reazioni antisociali.

Riv. di Ginec., Ost., ecc., feb. — E. MEYNIER. Manifestazioni meningo-cerebrali nella polmonite e broncopolm. dei bambini.

La nostra **SEZIONE CHIRURGICA**, nel Fascicolo 6 (15 giugno) pubblica:

LAVORI ORIGINALI.

I. — G. GIORDANO: **Contributo al trattamento chirurgico del Megacolon.**

II. — S. SOLIERI: **Artrite suppurativa della sinfisi pubica in puerperio.**

III. — G. VILLATA: **Sopra un caso di trapianto di tumore ovarico su una cicatrice laparotomica.**

RIVISTA SINTETICA.

G. NICOLICH (*junior*): **I perturbamenti dell'eliminazione azotata nelle nefropatie. Loro valore diagnostico e prognostico.**

I non abbonati a detta Sezione potranno ottenere questo interessante Fascicolo, inviando cartolina-vaglia di L. **5** al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Amebiasi in Sicilia . . . . . Pag. 844
Ascesso paranefritico . . . . . » 845
Bacilli tubercolari: isolamento . . . . » 843
Bibliografia . . . . . » 839
Blenorragia infantile: cura . . . . » 843
Cervelli anomali . . . . . » 842
Chimica fisiologica: ricerche . . . . » 844
Chirurgia cranica: perfezionamenti . . » 842
Diatesi essudativa: trattamento . . . » 846
Emoangiectasia cavernosa (angioma cavernoso) . . . . » 843
Epitelioma curato con anidride arseniosa » 844
Fagocitosi delle piastrine . . . . » 844
Fegato: sindrome d'insufficienza emocrasica . . . . » 836
Herpes zoster: trattamento . . . . » 845
Insegnamento superiore . . . . . » 851
Insufficienza mitralica: trasmissione auricolare del soffio . . . . . . » 845
Licenziamento per soppressione di posto Pag. 850
Liquor: reperti in conigli normali . . » 825
Mastoiditi: prova agglutinante . . . . » 844
Medicina e farmacia militari: congresso . » 845
Organici degli impiegati degli enti locali: revisione . . . . . . » 848
Pasteur L.: feste centenarie . . . . » 853
Periti in materia penale e civile: nuove disposizioni per gli onorarî . . . . » 848
Rabbia: contagiosità . . . . . » 847
Reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano . . . . . . » 830
Reazione meiostagminica: tecnica . . . » 844
Sifilide: cura col bismuto . . . . » 843
Teniasi multipla . . . . . . » 844
Tetania paratireopriva: vecchie teorie e nuovi fatti . . . . . . » 846
Tumori maligni: cura Citelli . . . . » 843
Urobilinuria: significato e ricerche . . » 838

Roma, 1923 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.